UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Instituto de Psicologia

Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

MARCOS ROBERTO FONTONI

**MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NOS TRÊS PRIMEIROS
ANOS DE VIDA: uma abordagem transdisciplinar**

São Paulo

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Instituto de Psicologia

Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

MARCOS ROBERTO FONTONI

**MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NOS TRÊS PRIMEIROS
ANOS DE VIDA: uma abordagem transdisciplinar**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção de título de mestre do programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (PSA-IPUSP).

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
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
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fontoni, Marcos Roberto

Marcos do desenvolvimento infantil nos três primeiros anos de vida: uma abordagem transdisciplinar / Marcos Roberto Fontoni; orientador Leopoldo Fulgencio. -- São Paulo, 2019. 96 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Psicanálise. 3. Psicologia baseada em evidências. 4. Avaliação psicológica. I. Fulgencio, Leopoldo, orient. II. Título.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Autor: Marcos Roberto Fontoni

Título: Marcos do desenvolvimento infantil nos três primeiros anos de vida: uma abordagem transdisciplinar

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

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Ass.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____ Ass.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____ Ass.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____ Ass.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu esposo, Guilherme, por seu carinho, apoio e estímulo.

À minha família que sempre me aceitou, o que facilitou meu caminho até aqui.

Aos meus amigos com os quais compartilhei bons momentos.

Ao meu orientador pelo conhecimento, disponibilidade e por acreditar em meu potencial como aluno, pesquisador e futuro docente.

Aos professores Rogério Lerner, Daniel Fuentes e Leonardo Nascimento por suas contribuições à pesquisa.

Aos professores Robert Emde e Clara Schejtman por suas observações que ajudaram a direcionar a construção da pesquisa.

Às professoras Célia Cauduro e Olga Rolim por sua disponibilidade.

À minha psicanalista.

E à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio*.

* Bolsa de mestrado no país, processo número 2017/03922-7.

FONTONI, M. R. (2019). Marcos do desenvolvimento infantil nos três primeiros anos de vida: uma abordagem transdisciplinar (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

A compreensão do desenvolvimento psíquico é a chave para o trabalho de prevenção e tratamento das diversas psicopatologias. Algumas perspectivas teóricas contribuem para esta compreensão e, dentre elas, a psicanálise tem uma vasta literatura a respeito do que acontece no desenvolvimento emocional e social durante os primeiros anos de vida, que é, em alguns casos, apresentado em termos de fases ou estágios marcados por eventos específicos que indicam o avanço no desenvolvimento infantil. Este material já foi utilizado em diversos momentos na construção de instrumentos de avaliação deste desenvolvimento. Entretanto, há no cenário das políticas de saúde atuais uma descrença quanto à contribuição que a psicanálise pode dar ao campo da saúde mental devido a uma suposta escassez de evidências empíricas para suas proposições teóricas. Assim, esta pesquisa se dedica a elencar dentro da teoria do desenvolvimento infantil formulada por Anna Freud, quais são os eventos por ela apontados que marcam algum avanço (marcos) no desenvolvimento emocional e social do infante desde o nascimento até os 3 anos de vida. Este material é então analisado junto com os marcos apontados por instrumentos validados para a avaliação do desenvolvimento infantil utilizados na atualidade. O objetivo dessa aproximação da psicanálise ao campo da psicologia do desenvolvimento, através dos instrumentos de avaliação, é o de indicar possíveis contribuições que a psicanálise pode oferecer a respeito do desenvolvimento infantil bem como o inverso a partir desses instrumentos de avaliação.

Palavras-chave: Desenvolvimento Emocional. Psicanálise. Psicologia do Desenvolvimento. Bebê.

FONTONI, M. R. (2019). Infant development milestones during the three first years of life: a transdisciplinary Marcos do desenvolvimento infantil nos três primeiros anos de vida: uma abordagem transdisciplinar (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Understanding psychic development is the key to the prevention and treatment of the various psychopathologies. Some theoretical perspectives contribute to this understanding and, among them, psychoanalysis has a vast literature about what happens in emotional and social development during the first years of life, which is, in some cases, presented in phases or stages marked by specific events that indicate progress in child development. This material has been used over the years to construct assessment instruments of this development. However, there is a disbelief in the current health policy scenario as to the contribution that psychoanalysis can make to the field of mental health due to a supposed lack of empirical evidence for its theoretical propositions. Thus, this research is dedicated to listing the events that mark some advance (milestones) in the infant's emotional and social development from birth to 3 years of age according to the theory of child development formulated by Anna Freud. This material is then analyzed along with the milestones pointed by validated instruments for the assessment of child development in use now a days. The objective of this approach of psychoanalysis to the field of developmental psychology, through the assessment instruments, is to indicate possible contributions that psychoanalysis can offer regarding child development as well as the inverse from these assessment instruments.

Keywords: Baby. Infant. Child. Emotional Development. Psychoanalysis. Developmental Psychology.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Marcos do desenvolvimento em Anna Freud.....	61
---	----

Sumário

1 Introdução	11
1.1 Apresentação do Problema	14
1.1.1 Panorama e pesquisas sobre o desenvolvimento infantil no Brasil.....	14
1.1.2 Quadro Geral das Teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento Emocional..	16
1.1.3 O uso da psicanálise na compreensão do desenvolvimento emocional.....	19
1.1.4 Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento Infantil.....	23
1.1.5 Proposta desta pesquisa	24
1.2 Justificativa	25
1.3 Objetivos.....	25
1.3.1 Objetivo geral.....	25
1.3.2 Objetivos específicos	25
1.4 Plano de desenvolvimento da pesquisa (estrutura).....	26
1.5 Método	26
2 Anna Freud: vida e obra	29
2.1 Biografia	29
2.2 Aspectos gerais do pensamento e teoria	31
2.3 Contribuição da observação direta à psicanálise	34
2.4 O perfil diagnóstico	34
2.5 As discussões controversas: diferenças com Melanie Klein	36
2.6 Avaliação do desenvolvimento.....	38
2.7 Psicanálise e prevenção.....	40
2.8 O diálogo com outras ciências	41
3 Marcos do Desenvolvimento em Anna Freud	44
3.1 Os marcos nas Linhas do Desenvolvimento	45
3.2 O desenvolvimento da libido como uma Linha do Desenvolvimento.....	45
3.3 A proposta de Anna Freud	46

3.3.1	<i>Linha da dependência à autossuficiência emocional e relacionamentos objetais adultos.</i>	48
3.3.2	<i>Linha da mamada à alimentação racional</i>	49
3.3.3	<i>Linha do molhar e sujar as fraldas ao controle dos esfínteres</i>	52
3.3.4	<i>Linha da irresponsabilidade à responsabilidade no controle corpóreo</i>	53
3.3.5	<i>Linha do egocentrismo ao companheirismo</i>	53
3.3.6	<i>Linha do corpo ao brinquedo e do brincar ao trabalho</i>	57
3.3.7	<i>Os Mecanismos de defesa como marcos do desenvolvimento</i>	58
4	O Desenvolvimento Perturbado ou Interrompido	63
4.1	Atrasos no desenvolvimento	63
4.2	Discrepâncias entre a observação direta e a teoria	65
4.3	Diferenças no desenvolvimento de crianças institucionalizadas	66
5	Proximidades e Distâncias entre as Propostas de Anna Freud de e Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento	70
5.1	Aspectos gerais da proposta de diálogo entre Anna Freud e outras perspectivas desenvolvimentistas	70
5.2	Marcos do desenvolvimento nos instrumentos de avaliação e sua proximidade com os marcos em Anna Freud	72
5.2.1	<i>IRDI</i>	72
5.2.2	<i>Denver II</i>	76
5.2.3	<i>ASQ:SE-2</i>	79
6	Considerações Finais	85
	Referências bibliográficas	90

1 Introdução

O tema central desta pesquisa é investigação do Desenvolvimento Socioemocional (DSE) do infante, desde o nascimento até os 3 anos de vida. O caminho para essa investigação será feito por meio da análise dos marcos do desenvolvimento apontados por Anna Freud e por instrumentos de avaliação utilizados em âmbito nacional e internacional.

A escolha por abordar esse tema nesse período específico da vida está baseada no fato de que a chave para o desenvolvimento do ser humano saudável, ou para compreensão das patologias, reside em grande parte na infância e na qualidade dos cuidados que o ambiente oferece neste período (Winnicott, 1990). Para compreender o desenvolvimento saudável e, no outro extremo, as psicopatologias, diversos teóricos da psicanálise apresentam o DSE infantil em fases ou estágios. O DSE pode ser compreendido como a capacidade da criança experienciar e administrar toda a gama de emoções positivas e negativas; ter relacionamentos próximos e satisfatórios com pares e adultos; e explorar o ambiente de forma ativa aprendendo com a experiência (American Academy of Pediatrics., 2009). Em cada uma das fases ou estágios que compõem este desenvolvimento são esperadas “conquistas” ou avanços que constituem os marcos do desenvolvimento infantil. O avanço do desenvolvimento depende tanto de fatores herdados quanto, em algum grau, da qualidade dos cuidados (e estimulação) que o meio oferece. Esta visão está presente em algumas teorias psicanalíticas, como no trabalho pioneiro de Anna Freud que destaca dentro de seu modelo de Linhas do Desenvolvimento a interdependência destes fatores, através de uma apresentação sistemática do percurso do DSE infantil desde estágios de dependência emocional até a conquista da autonomia.

Assim como Anna Freud, muitos outros autores psicanalíticos apresentam teorias do DSE infantil - como Winnicott, Mahler, Spitz *etc.*; e muitos manuais das teorias do desenvolvimento, por exemplo, dentre a diversidade de material publicado, Bee, 2011; Bremner & Slater, 2014; Fonagy, 2005; Golse, 2008; Miller, 2011; Palombo, Bendicen, & Koch, 2010; Papalia & Feldman, 2012, se baseiam na psicanálise para descrever, ainda que em linhas muito gerais, as fases da infância e as diversas “tarefas” e “conquistas” esperadas, propondo ou não apresentações que sintetizam ou agrupam essas aquisições ao longo do processo. Apesar disso, esta apresentação se limita a um ou dois autores psicanalíticos, a saber, Freud – com sua teoria do desenvolvimento psicosssexual, e Erickson – com sua teoria do desenvolvimento psicossocial. E ainda, mesmo que estas teorias psicanalíticas estejam presentes nestes manuais, elas são muitas vezes consideradas apenas como perspectivas pedagógicas já que suas

proposições são criticadas por serem de difícil aferição empírica, devido ao fato de terem sido obtidas através de observação de sujeitos ainda sem a capacidade de verbalizar ou através do método clínico (associação do estado atual do paciente adulto a problemas em períodos pré-verbais), e, assim, sujeitas a dúvidas quanto à sua validade. (Fonagy, 2005a).

Por outro lado, há hoje uma diversidade de instrumentos para avaliação do DSE, sejam aqueles inteiramente dedicados a este fim ou aqueles utilizados para avaliar o desenvolvimento geral (motor, linguagem *etc.*) mas que possuem no mínimo uma subescala a respeito do DSE, que apresentam os avanços, ou marcos, esperados em cada momento da vida do bebê ou criança. Estes instrumentos foram validados através de estudos que avaliaram crianças saudáveis e, em alguns casos, crianças que apresentavam alguma patologia e são aceitos e utilizados em diversos contextos, por exemplo servindo como referência na avaliação do desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde no Brasil (Tavares, 2015). Ainda que estes instrumentos possam ter bases teóricas diversas, diferentes e até mesmo contraditórias à psicanálise, quando aplicados à avaliação do desenvolvimento de uma criança o que é observado são os comportamentos e habilidades objetivamente observáveis. Este fato pode ser um “*common ground*” entre estes instrumentos e os marcos do desenvolvimento apontados pela psicanálise.

Assim, considerando as críticas às teorias psicanalíticas do desenvolvimento bem como as contribuições que estas teorias podem dar ao campo da avaliação do desenvolvimento socioemocional infantil, e vice-versa, ao realizar uma análise do desenvolvimento emocional nos 3 primeiros anos de vida do ponto de vista da psicanálise, especificamente dentro das propostas de Anna Freud, bem como considerando os instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, tal como indicou a possibilidade Antonio Imbasciati (2010a, 2011), proponho elencar uma série de marcos e conquistas do desenvolvimento, para fornecer parâmetros empíricos que possibilitem uma apreciação mais objetiva desse desenvolvimento.

Este trabalho se enquadra no que é chamado de *pesquisa psicanalítica aplicada*¹, que, como outros deste tipo, em termos gerais, procura paralelos e provas em disciplinas diversas (neste estudo buscamos na psicologia do desenvolvimento) das proposições básicas da teoria psicanalítica. Ainda assim, este trabalho não se limitará, se possível, à busca de paralelos e

¹ A pesquisa psicanalítica aplicada se refere a “[...] estudos que são delineados a partir da teoria psicanalítica, ou mesmo de métodos ou princípios do tratamento psicodinâmico, mas que não são primariamente estudos sobre o tratamento psicanalítico ou material de caso analítico” (Mayes, 2005, p. 148, tradução nossa).

provas, mas se propõe a expandir a teoria psicanalítica agregando as proposições de outras áreas.

1.1 Apresentação do Problema

1.1.1 Panorama e pesquisas sobre o desenvolvimento infantil no Brasil

De um ponto de vista global, o desenvolvimento infantil tem recebido maior atenção e investimento nos últimos anos. Pela primeira vez ele está incluído na Agenda de Desenvolvimento Sustentável da ONU, com a perspectiva de que através de melhores cuidados na primeiríssima infância as crianças possam estar mais aptas para a educação primária (United Nations, 2015). No Brasil foi lançado em 2007 a Rede Nacional pela Primeira Infância que visa manter o diálogo e mobilizar instituições e pessoas para garantir os direitos da primeira infância. Esta organização publicou em 2010 o Plano Nacional Pela Primeira Infância, um documento elaborado com participação da população que contém diretrizes para orientar a ação do governo e sociedade civil nos anos seguintes, com marco final em 2022. Um dos meios apontados no documento para construir um mundo melhor para as crianças é justamente a pesquisa na primeira infância, destacando seu papel estratégico (2010, pp. 96–97).

Por mais que haja no país todo este esforço em direção a um melhor cuidado com respeito ao desenvolvimento infantil, a abordagem do aspecto socioemocional teve avanços apenas muito recentemente. Por exemplo, não há no Brasil instrumento específico indicado nas diretrizes de atenção básica à saúde para avaliar o DSE normal. Neste sentido, apenas em abril de 2017 foi sancionada a lei 13.438 que obriga a adoção de instrumento para avaliar o desenvolvimento psíquico infantil do nascimento até os 18 meses de vida no contexto de acompanhamento pediátrico realizado no SUS. Um instrumento indicado para tal fim poderia ser o que fora derivado de estudo nacional multicêntrico coordenado por Kupfer et al. (2009), o IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil), mas até o presente momento tal instrumento está listado apenas na cartilha de Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2014), mesmo que o IRDI não tenha sido elaborado para esta finalidade, sendo mais adequado para a avaliação de entraves no desenvolvimento infantil sem pretensão diagnóstica ou terapêutica de uma patologia específica. Além disso, falta no Brasil instrumentos adequados para nossa população. Eickmann *et al.* (2016) elencaram os testes mais usados pelos pediatras no país e dentre estes apenas dois foram devidamente traduzidos e validados para nossa população, a saber: Ages and Stages Questionnaire, 3ed. (ASQ-3) e Denver Developmental Screening Test II, 2ed. (DDST-II), que não são, volto a dizer, instrumentos oficialmente adotados pelo sistema de saúde brasileiro.

Tendo em vista a alta prevalência de transtornos mentais já na primeira infância, por exemplo, chegando a 13% em algumas regiões do país (Petresco et al., 2014), a escassez de centros de assistência para saúde mental (Mari, 2014) e, certamente, que a prevenção e identificação precoce de transtornos são o melhor cenário, é essencial que o Brasil avance em políticas públicas voltadas à identificação precoce de atrasos no DSE, adotando os métodos reconhecidos para este fim de maneira oficial e estimulando a pesquisa sobre o desenvolvimento infantil.

1.1.2 Quadro Geral das Teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento Emocional

Ao longo da história diversas teorias tentaram explicar o desenvolvimento infantil, elaborando por consequência uma teoria do desenvolvimento – ainda que não tivessem tal objetivo. Freud e Piaget, com suas teorias a respeito do desenvolvimento afetivo e cognitivo, consecutivamente, foram pioneiros ao propor uma compreensão sistematizada que poderia ser considerada uma teoria plena do desenvolvimento (Coblner, 1965).

Entretanto, nos escassos manuais que apresentam as teorias psicanalíticas do desenvolvimento, a distinção de quais destas teorias podem ser consideradas teorias plenas do desenvolvimento não fica clara. No geral, estes manuais se assemelham mais a livros históricos da psicanálise, trazendo uma coleção dos mais diversos autores psicanalíticos. Assim, antes de continuar apresentando um quadro geral das diversas teorias psicanalíticas do desenvolvimento, é preciso dizer o que faz determinada teoria poder ser enquadrada como uma teoria do desenvolvimento ou não. De acordo com Fulgencio:

[...] uma teoria do desenvolvimento deve fornecer uma linha da saúde com a descrição das conquistas e dinâmicas de cada fase; uma linha da patologia com uma explicação da origem psicogênica da psicopatologias, o que implica na compreensão das dinâmicas dos modos de ser patológicos relacionais; a possibilidade de utilizá-la para ações preventivas e curativas; e a compreensão da vida relacional com o outro, com os grupos, com a vida cultural (L. Fulgencio, comunicação pessoal, agosto de 2018).

Com essa concepção, para o autor, na psicanálise algumas teorias podem ser tomadas como teorias plenas do desenvolvimento e outras não. No primeiro caso teríamos, por exemplo, as teorias de Anna Freud, Winnicott, Mahler, Daniel Stern, entre outras. Já no segundo caso estariam Klein, que não apresenta uma sequência de fases, mas sim de dinâmicas específicas (a saber: posição esquizo-paranóide e posição depressiva); e Lacan, que, inclusive, se coloca contra a ideia de desenvolvimento (Fulgencio, 2018).

Ainda de acordo com Fulgencio (2017), uma teoria plena do desenvolvimento deve, sinteticamente, fornecer:

- a) uma linha da saúde com a descrição das conquistas e dinâmicas de cada fase;
- b) uma linha da patologia com uma explicação da origem psicogênica das psicopatologias, o que implica na compreensão das dinâmicas dos modos de ser patológicos relacionais;
- c) a possibilidade de utilizá-la para ações preventivas e curativas;
- d) a compreensão da vida relacional com o outro, com os grupos e com a vida cultural.

Outra distinção se refere aos diferentes focos que o estudo do desenvolvimento humano pode ter. Tal foco pode ser sobre o aspecto físico, cognitivo ou socioemocional, sendo estes dois últimos partes do desenvolvimento psíquico. Cada um destes aspectos está inter-relacionado, ou seja, influenciam um ao outro mutuamente. Por exemplo, “o aumento da mobilidade física ajuda um bebê a aprender sobre o mundo. As mudanças hormonais e físicas da puberdade influenciam o desenvolvimento emocional. Os hábitos de sono e a nutrição na idade adulta podem influenciar a memória” (Papalia & Feldman, 2012, p. 39). Entretanto, para efeitos de estudo delimita-se o foco para um ou para outro, sendo que na presente pesquisa este é o socioemocional.

Uma última distinção, tendo em vista o parágrafo supra, diz respeito a qual termo designa mais adequadamente esse aspecto específico do crescimento de uma criança – o socioemocional. Para Spitz (1965) o termo mais adequado nesse caso é “desenvolvimento” em relação a, por exemplo, o termo “maturação”, pois, para ele, este último diz respeito aos processos filogenéticos e fisiológicos, que se manifestam no embrião ou após o nascimento. Já o primeiro descreve os avanços que são frutos da interação entre o que é inato e as provisões ou interações com o meio.

Nos manuais é possível encontrar diversas abordagens para o desenvolvimento psíquico, sendo que cada abordagem apresenta uma linguagem própria e diferentes modelos de homem – ou ontologia, o que as torna, de certa maneira, incomunicáveis². De acordo com Fulgencio (2017) há nesses manuais quatro tipos de teorias: (1) as psicanalíticas, tendo seus principais representantes Freud e Erickson; (2) as que se colocam do ponto de vista comportamentalista,

² Ver texto de Fulgencio (2017).

com, por exemplo, Pavlov, Skinner e Bandura; (3) as cognitivistas, com Piaget e (4) as teorias biológicas e ecológicas, com as ideias de Bowlby.

Mesmo não estando presentes nos manuais, no quadro geral das teorias psicanalíticas do desenvolvimento há uma infinidade de teorias para além de Freud e Erickson, sendo elas em suma:

- A teoria do desenvolvimento da *sexualidade* de Freud;
- A teoria do desenvolvimento do *Ego* de Anna Freud;
- A teoria do desenvolvimento das *Relações de Objeto* de René Spitz;
- A teoria do desenvolvimento *Psicossocial* de Erik Erikson;
- A teoria do desenvolvimento da *Individuação* de Margareth Mahler;
- A teoria do desenvolvimento como uma teoria do *Apego* de John Bowlby;
- A teoria do desenvolvimento do ser como uma teoria da *dependência* de Donald Winnicott;
- A teoria do desenvolvimento do *self* descrita por Daniel Stern;
- A teoria do desenvolvimento perinatal (PPN) proposta por Bernard Golse;
- Entre outras.

Espera-se que com o desenvolvimento de mais pesquisas como esta, esse cenário de falta de representatividade das teorias psicanalíticas do desenvolvimento possa mudar passando a considerar as contribuições destes e outros autores bem como seus desenvolvimentos atuais.

1.1.3 O uso da psicanálise na compreensão do desenvolvimento emocional

A psicanálise coloca no centro de suas preocupações os determinantes relacionais como fatores que levam à constituição dos diferentes modos de organização psíquica do ser humano, destacando a importância dos processos de cuidado e investimentos afetivos, bem como os processos projetivos, introjetivos e identificatórios como sendo os constituintes da organização emocional e social de cada indivíduo, fatores que se estabelecem tanto em termos de processos conscientes quanto inconscientes do desenvolvimento. Aqui, a formulação de que “a criança é o pai do homem” toma dimensões teóricas e descritivas de grande importância, seja para avaliação do desenvolvimento seja para a tomada de medidas profiláticas.

Com uma vasta bibliografia a respeito do que acontece nos primeiros meses de vida e quais as consequências destes acontecimentos, a psicanálise já demonstrou sua utilidade quando combinada com outras técnicas de investigação, como o que é encontrado em trabalhos sobre a teoria do apego (Ainsworth & Bell, 1970) e outros como Stern (1977, 1987), Beebe et al. (2012, 2016) e Spitz (1979).

No âmbito nacional, Kupfer *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa solicitada e financiada pelo Ministério da Saúde, na qual foram utilizadas especialmente as teorias de Lacan e Winnicott com o objetivo de traçar *Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil* (IRDI). Nesse trabalho, dentre todos os indicadores testados, 15 deles se mostraram estatisticamente significativos para predizer o risco no desenvolvimento. Dentre esses 15 indicadores, 5 são obtidos dos 0 aos 4 meses de vida do bebê, o que proporciona uma identificação excepcionalmente precoce de problemas da infância, especialmente tendo em vista que algumas diferenças estatisticamente significativas entre bebês normais e aqueles que serão diagnosticados com autismo tende a diminuir no segundo semestre de vida (Maestro et al., 2005).

Assim, a utilização da psicanálise juntamente a outras abordagens mostra-se viável na compreensão do desenvolvimento infantil e posiciona a "teoria sobre a gênese psíquica ou emocional dos diversos distúrbios de comportamento" como "um instrumental não só útil como necessário para a compreensão das doenças" (Fulgencio, 2016, p.120). Essa tomada da psicanálise como teoria base, também é benéfica para a transposição da barreira que essa teoria enfrenta no meio científico, pois a psicanálise é criticada pelo seu modelo de teorização especulativo, sendo a metapsicologia um dos principais alvos desta crítica. A insistência na manutenção de conceitos mesmo após estudos confirmarem sua inaplicabilidade é fruto de um

movimento ortodoxo que em muitos casos considera uma “afronta a Freud” questionar suas proposições (Imbasciati, 2011). A este respeito, Mark Solms, autor que trabalha na interface entre psicanálise e neurociências, diz:

[...] pesquisas autocríticas [*self-critical research*] ou mesmo pesquisas que utilizam o método analítico têm sido pouco realizadas em psicanálise, especialmente desde a morte de Freud. Neste sentido, a psicanálise pós-guerra tendeu principalmente a se caracterizar como uma regurgitação da teoria existente e cogitação sobre postulados perenes [*perennial conundrums*] (Solms, 2005, p. 536, tradução nossa).

Toda essa resistência e atraso nas pesquisas psicanalíticas vão de encontro com as exigências atuais para aplicação de técnicas na área da saúde, ou seja, de que intervenções só podem ser prescritas “quando se baseiam em estudos epidemiológicos, em que foram acompanhados um número suficiente de pacientes com a utilização de ferramentas estatísticas na formulação dos resultados” (Fontoni, 2015, p. 1).

Como se sabe, Freud não se opunha a uma abordagem biológica da mente (Sulloway, 1979). A partir de sua formação em neurologia, ele tentou em seu Projeto para uma Psicologia Científica atribuir referentes neuronais a funções da mente como a memória, sonhos e a consciência. A metapsicologia³ é fruto de observação psicológica, mas, mesmo para Freud, esta poderia ser descartada ou reescrita em termos biológicos quando meios mais sofisticados estivessem disponíveis (Solms, 2005, p. 536).

Dentre os autores clássicos da psicanálise esse afastamento da metapsicologia já se evidenciava conforme surgiram teorias baseadas em observação, como em Winnicott, Spitz e Mahler, e o crescimento das teorias de relação de objeto, todas caracterizadas por uma linguagem mais próxima da prática e da experiência humana (Fonagy, 2005a).

Apesar da resistência por parte da própria comunidade psicanalítica, o avanço na pesquisa em psicanálise segue impulsionado pelo surgimento de técnicas como a microanálise de vídeos e novas técnicas de neuroimagem⁴, sendo o contrário igualmente verdadeiro, pois a pesquisa induz o surgimento de novas técnicas (Imbasciati, 2010b). A análise de crianças, da mesma forma, contribuiu para tal cenário, já que o trabalho com os infantes é principalmente

³ A metapsicologia como os Modelos de Funcionamento Psicológicos propostos por Freud a partir de suas observações clínicas ou especulações teóricas que não tinham referentes em substratos biológicos.

⁴ Ver Oliveira et al. (2015)

não verbal, o que exige uma maior compreensão do que ocorre durante a interação da criança com seu cuidador e consequentemente com seu terapeuta.

Mesmo estudos que não utilizam explicitamente a psicanálise como base demonstram em seus métodos e resultados isomorfismos⁵ com esta, pois, apesar da diferença na linguagem, o fenômeno para o qual se está olhando é o mesmo como aponta Cauduro (2008) ao analisar a teoria de Winnicott paralelamente a achados comportamentais e neurobiológicos, sendo a teoria deste autor especialmente apropriada para aplicação a fenômenos observáveis já que o Winnicott abandonou a metapsicologia e parte da observação de bebês para formular suas ideias (Fulgencio, 2005, 2007, 2015).

Outros campos da psicologia, como o estudo da cognição, também utilizam teorias e termos que não podem ser observados como um objeto (por exemplo, o conceito de memória e seu modo de funcionamento: armazenamento, recuperação *etc...*), mas este campo de estudo, diferentemente da psicanálise, foi adiante na tradução destes termos em referentes anatômicos e fisiológicos. Avanço este que Freud almejava em seu *Projeto*.

A transdução dos termos e conceitos psicanalíticos por meio de seus referenciais fenomenológicos é parte deste trabalho, porém, ainda que tais conceitos tenham sido em alguns casos formulados a partir do método clínico ou a análise de adultos, não será feito nem proposto que se faça o caminho inverso, ou seja, utilizar os resultados desta pesquisa para influenciar o método de tratamento psicanalítico clínico, pois isto traz consigo problemas específicos. A este respeito, Winnicott diz:

O observador direto de crianças deve estar preparado para fazer concessões ao analista quando este formula ideias sobre a mais tenra infância, ideias que podem ser psicologicamente verdadeiras e, ainda assim, impossíveis de serem demonstradas, na verdade pode ser possível às vezes, pela observação direta, provar que o que foi verificado em análise não poderia de fato existir na época indicada devido às limitações impostas pela imaturidade. O que se verifica repetidamente em análise não fica anulado por ser provado errado pela observação direta. A observação direta só prova que os pacientes estavam datando certos fenômenos mais cedo e assim dando ao analista a impressão de que as coisas estavam acontecendo em uma época em que não poderiam ter acontecido (Winnicott, 1979, p. 104).

⁵ “A palavra isomorfismo é aplicada quando duas estruturas complexas podem ser mapeadas uma na outra, de forma tal que para cada parte de uma estrutura há uma parte correspondente na outra estrutura, onde “correspondente” significa que as duas partes têm funções semelhantes em suas respectivas estruturas” (Hofstadter, 1979, p. 59, tradução nossa).

A sugestão de Winnicott é que se algumas diferenças no entendimento do desenvolvimento da criança fossem reconhecidas, a comunicação entre observadores diretos e analistas se tornaria melhor (*ibidem*, p.105), mas que mesmo assim "haverá sempre observadores diretos que dirão aos analistas que eles fizeram uma aplicação muito precoce de suas teorias e os analistas continuarão a dizer aos observadores diretos que há muito mais na natureza humana do que o que pode ser observado diretamente" (*ibidem*, p.105).

A posição de Winnicott está a favor de que por mais que determinado conceito tenha se mostrado verdadeiro ou falso na pesquisa com infantes, o valor do tratamento não estaria relacionado à falseabilidade do método, mas com seu *valor heurístico*. Assim, a aplicação dos fenômenos observados na infância ao método de tratamento clínico, ou a invalidação deste, deve ser analisada de maneira minuciosa, considerando-se seu valor para o tratamento e sabendo-se que a mera transposição dos achados de um momento para outro no desenvolvimento pode não ter validade para tal fim.

Enfim, este esboço geral de um campo de pesquisas sobre o desenvolvimento emocional, do ponto de vista da psicanálise, aponta para a necessidade de construção de parâmetros objetivos que poderiam ser enunciados, por exemplo, como marcos desse processo, tornando possível não só uma avaliação mais objetiva do desenvolvimento como também a possibilidade de propostas de cuidado profilático. Um trabalho que se proponha a fazer esse tipo de apresentação mais sistemática desses marcos, considerando esse quadro e o conjunto de suas descobertas descritivas, ainda não foi feito.

1.1.4 Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento Infantil

A necessidade de avaliar de maneira precisa o desenvolvimento infantil é uma preocupação de longa data, como observado, por exemplo, nos instrumentos desenvolvidos por Anna Freud para tal finalidade. Em anos recentes, pesquisadores e clínicos ainda se deparam com algumas dificuldades neste sentido. Um dos problemas apontados é que apenas a avaliação clínica muitas vezes não é suficiente para diagnosticar atrasos no desenvolvimento, principalmente em crianças que não apresentam quadros graves ou que os sinais ainda são iniciais (Blair & Hall, 2005), sendo que apenas 30% das crianças que apresentam algum atraso são identificadas por este método (Campos et al., 2006).

Para atender essa demanda, instrumentos e testes têm sido criados e validados para populações específicas. Alguns se destacam por avaliarem mais de uma área do desenvolvimento – como as escalas Bayley (Bayley, 2006) que avaliam desenvolvimento motor, cognitivo, linguagem e emocional; e outros que focam num aspecto específico – como o Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2001) que avalia o desenvolvimento socioemocional.

A infinidade de instrumentos de avaliação pode ser classificada quanto ao tamanho e tempo de aplicação do teste, usabilidade ou faixa etária a que se destina e ao tipo de questão que avalia – se foca na investigação das potencialidades ou deficiências do paciente. No quesito tamanho e tempo de aplicação, a classificação se estende a dois tipos: instrumentos de *screening* e de diagnóstico. Os do primeiro tipo são geralmente mais curtos e de menor tempo de aplicação e têm alta sensibilidade à detecção de patologias, porém baixa especificidade. Os de diagnóstico, por outro lado, geralmente são mais longos e onerosos, mas possibilitam a identificação de patologias específicas. O uso de cada um destes dois tipos de instrumento depende da demanda, por exemplo em atenção básica à saúde os instrumentos de *screening*, que demandam menos tempo de aplicação, sendo assim menos onerosos, são mais recomendados. Já num contexto de atenção especializada, por exemplo quando já foi identificado que uma criança tem um atraso no desenvolvimento, um instrumento de diagnóstico pode fornecer maiores detalhes sobre o quadro e por consequência auxiliar no tratamento.

Quanto à faixa etária, alguns instrumentos abordam todo o período da primeira infância (do nascimento aos 6 anos), enquanto outros abordam fragmentos deste período.

Por fim, quanto ao tipo de questão avaliada, um instrumento pode focar nas potencialidades, fraquezas ou ambas características do infante. Exemplos de potencialidades podem ser: “a criança pode se separar da mãe em um ambiente familiar sem muita dificuldade” e “gosta de brincar com outras crianças”; enquanto isso, exemplos de fraquezas são: “tem dificuldades em se ajustar a mudanças” e “agride outras crianças”. Os instrumentos focados nas potencialidades, ou que tem itens mistos, estão em maior conformidade com os objetivos deste trabalho, já que aqui busca-se investigar os marcos de um desenvolvimento normal ou saudável.

1.1.5 Proposta desta pesquisa

Esta pesquisa se propõe a identificar os fenômenos aos quais Anna Freud se refere, de maneira intencional ou não, como sendo aqueles que apontam para um encaminhamento saudável do desenvolvimento socioemocional nos três primeiros anos de vida. Então, tal material será analisado juntamente aos marcos apontados por instrumentos de avaliação do desenvolvimento socioemocional a fim de apontar contribuições a ambos os campos – tanto da psicanálise quanto da avaliação do desenvolvimento infantil.

1.2 Justificativa

A partir deste estudo teórico sobre os primeiros anos de vida, será possível realizar experimentos que contribuam para o entendimento da etiologia e desenvolvimento de psicopatologias ao longo da vida. Além disso, congregar ideias de outras áreas àquelas da psicanálise pode auxiliar esta teoria a responder as críticas que vem enfrentando no meio científico. Por fim, a escolha especificamente pelas propostas de Anna Freud dentro das diversas possibilidades na psicanálise se dá pelo pioneirismo que a autora demonstrou em seu trabalho além de ter proposto uma expansão das ideias de seu pai. Colocar Anna Freud no centro de uma pesquisa possibilita também que sua teoria comece a ganhar maior notoriedade em âmbito nacional, já que, até onde se sabe, suas ideias são negligenciadas até mesmo nos cursos de graduação em psicologia.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Apresentar em um quadro coerente as contribuições mútuas entre os marcos do DSE infantil apontados por Anna Freud e aqueles apontados por instrumentos de avaliação desse desenvolvimento.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Apontar os fenômenos que marcam as conquistas esperadas para o DSE nos três primeiros anos de vida de acordo com a teoria de Anna Freud.
2. Identificar instrumentos de avaliação do DSE que atendam aos critérios metodológicos desta pesquisa.
3. Analisar em conjunto os marcos do DSE apontados por Anna Freud e aqueles apontados pelos instrumentos de avaliação.
4. Propor à psicanálise medidas quantitativas que tornem mais objetivos e replicáveis seus apontamentos teóricos sobre o desenvolvimento socioemocional entre 0 e 3 anos.

1.4 Plano de desenvolvimento da pesquisa (estrutura)

Na primeira parte é feita a introdução à questão da pesquisa bem como apresentação dos aportes teóricos. Depois apresenta-se uma justificativa e relevância deste trabalho. Os objetivos gerais e específicos são apresentados em seguida e então o método. Parte-se então para a empreitada de destacar na psicanálise os marcos DSE infantil para, então, no capítulo seguinte, analisa-los junto aos marcos apontados pelos instrumentos de avaliação. Por fim, discute-se os resultados, faz-se uma conclusão.

1.5 Método

Esta pesquisa tem como base o modelo exploratório, ou seja, visa, a princípio, mapear os campos abordados para elaborar hipóteses que possam ser verificadas ou mais aprofundadas em pesquisas futuras.

O primeiro passo na construção dessa pesquisa foi a seleção dos ou do autor que seria a referência dentro da psicanálise. A princípio considerou-se abordar quatro autores, entretanto, devido a recomendações da banca de qualificação quanto à extensão do trabalho comparado ao tempo disponível para sua execução no mestrado, foi decidido optar por apenas um autor. Assim, Anna Freud foi a autora escolhida devido a seu papel pioneiro tanto na análise quanto na avaliação do desenvolvimento emocional infantil. Além disso, destacar a contribuição dada pela autora ao campo da vida emocional infantil poderia estimular o reconhecimento de sua teoria, que, ao menos no contexto nacional, é baixo.

Foi realizada revisão de literatura da obra de Anna Freud, com foco em revelar os principais aspectos do pensamento da autora e elencar os comportamentos, fenômenos, fases ou sequências que caracterizam o desenvolvimento socioemocional infantil. Esses dados então foram apresentados integralmente e também sintetizados em um Tabela (ver Tabela 1).

Passou-se então à escolha dos instrumentos de avaliação do DSE. Para tanto, buscou-se nas bases de dados Medline e PsychINFO apenas artigos de revisão a respeito dos instrumentos existentes. Na busca utilizou-se a combinação das seguintes palavras-chave: child, baby, infant, social, emotional, development, psychometrics, assessment, screening, tool, Brazil, review. O primeiro critério de inclusão foi o de que o instrumento fosse validado para uso no Brasil ou que fosse apontado como um dos mais utilizados no território nacional. A partir desta primeira

seleção, foram desconsiderados instrumentos que não abordassem a faixa etária do nascimento aos 3 anos de vida, integralmente ou parcialmente. Então, dentre os restantes, desconsiderou-se aqueles que mensuravam indicadores psicopatológicos ao invés de indicadores de normalidade ou saúde, já que o foco desta pesquisa é o desenvolvimento normal. Como último critério, foram descartados ainda os instrumentos aos quais não foi possível ter acesso livre ao seu conteúdo.

Após a seleção dos instrumentos, foi feita uma apresentação dos mesmos bem como a indicação dos marcos do DSE apontados por cada um. Numa fase seguinte, estes marcos foram então, finalmente, analisados em conjunto com os marcos do DSE obtidos na bibliografia de Anna Freud. Esta análise visou apontar, inicialmente, possíveis *isomorfismos funcionais*⁶ entre os fenômenos que correspondem a cada marco do desenvolvimento na psicanálise e aqueles apontados pelos instrumentos de avaliação.

Por meio desta aproximação entre a Psicanálise e os marcos do DSE atuais, espera-se não somente apontar as semelhanças e diferenças entre os dois campos, mas também expandir a teoria psicanalítica. E, sabendo que os fenômenos apontados por Anna Freud como marcos do DSE visam justamente dar indícios do andamento do processo de DSE, e que os instrumentos utilizados na atualidade para esse fim foram devidamente validados, espera-se que através da aproximação entre os dois campos seja possível ensinar a teoria de Anna Freud com demonstrativos de sua *validade*⁷.

⁶ Aqui utilizamos o conceito de isomorfismo (ver nota de rodapé 2) acrescido da faceta funcional dando a ele uma acepção específica que visa enfatizar que nosso foco são os fenômenos descritos em cada teoria e não a teoria por si mesma.

⁷ Especificamente tomando como referência a Validade de Conteúdo, que é uma etapa que compõe o processo de construção ou validação de um determinado instrumento de medida, que utiliza, dentre outros procedimentos, da avaliação de juízes (experts na área avaliada por tal instrumento) para verificar se os constructos ou itens do instrumento são capazes de medir com precisão o fenômeno que está sendo estudado.

Parte 1 - Marcos do Desenvolvimento na Psicanálise

2 Anna Freud: vida e obra

Este capítulo visa elencar dentro da teoria de Anna Freud quais comportamentos e fenômenos marcam avanços no desenvolvimento emocional e social do bebê. Para tanto serão apresentados alguns aspectos gerais da biografia da autora, com foco em sua vida e desenvolvimento acadêmico, então seu modo de pensamento dentro da psicanálise bem como suas posições com relação a diversos temas que concernem a psicanálise atual e de sua época, e finalmente os marcos do desenvolvimento extraídos de sua teoria.

2.1 Biografia

Anna Freud nasceu em 1895 em Viena. Seu primeiro contato direto com a psicanálise foi em sua adolescência, quando seu pai a levava para participar das reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena (SPV). Iniciou sua carreira como professora em 1914 e nos anos seguintes fora submetida a análise pelo próprio Freud. O primeiro paciente de Anna seria seu sobrinho após ele perder a mãe em 1920. Seu interesse pelo estudo de crianças era evidente e nos anos seguintes participou de treinamentos com tal foco e assumiu uma posição de liderança dentro da SPV. Durante a guerra, Anna assumiu o cuidado de três abrigos para crianças que tinham sido afastadas dos pais. O trabalho nessas instituições rendeu dois livros, sendo o primeiro *War and Children* (Freud & Burlingham, 1943) e o segundo *Infants Without Families* (Freud, 1973b) que versam a respeito do desenvolvimento e necessidades emocionais destas crianças.

Após a morte de sua mãe, em 1952, foi aberta a clínica Hampstead a qual Anna dirigiu até se aposentar. Esta clínica, que hoje é o *Anna Freud Centre* em Londres, recebeu crianças durante a guerra vítimas das mais diversas condições – dentre elas: crianças que tiveram suas casas bombardeadas; crianças que dormiam nas estações do metrô, crianças que foram evacuadas devido à guerra, mas voltaram por não terem se adaptado a seus novos pais, crianças com bronquite devido a se abrigarem e dormirem em locais úmidos, crianças que tiveram alta do hospital após internação por doença infecciosa e estariam expostas a risco de adoecerem novamente devido ao estado de suas casas após um bombardeio, crianças que tiveram suas famílias dissolvidas, por exemplo pais que foram para o *front* e/ou mães que foram trabalhar em fábricas de munição, *etc.* (Freud, 1973b).

Nesses anos em Hampstead, a autora desenvolveu ideias sobre psicopatologia infantil e criou o *Perfil Diagnóstico*, um instrumento auxiliar no diagnóstico de crianças. Também

escreveu seu livro *Normality and Pathology in Childhood* (Freud, 1974a) no qual explicita sua visão a respeito do desenvolvimento emocional infantil e sua ideia de *Linhas do Desenvolvimento*, sendo este tópico central para a presente pesquisa já que é nestas Linhas, conforme será mostrado adiante, que Anna traz com mais clareza as etapas a serem observadas no DSE.

2.2 Aspectos gerais do pensamento e teoria

À frente de grande parte do pensamento de sua época, Anna Freud considerava que, para o psicanalista infantil, é importante reconhecer que há diferença entre a análise do adulto, que consiste em associar os sintomas do presente a acontecimentos da infância, e, por outro lado, a análise de crianças que consiste em "identificar agentes patogênicos antes que estes tenham feito seu trabalho" (Freud, 1976, p. 53).

Para a autora, esse período no qual tais agentes patogênicos têm maior influência seria antes dos 5 anos de idade, pois em suas observações e relatos de professores na interação com crianças de 3 a 6 anos já era possível perceber as nuances da personalidade de cada criança em suas respostas ao meio. Assim, Anna Freud acredita e postula que é antes dos 5 anos que a personalidade se forma. A investigação deste processo, entretanto, esbarra na capacidade limitada que temos para lembrar os acontecimentos dos primeiros anos da vida (Freud & Burlingham, 1943). Então seria necessário lançar mão de ferramentas, instrumentos ou testes nessa investigação.

Porém, as ferramentas existentes até então para identificar os agentes patogênicos eram consideradas pela autora demasiadamente parciais, já que, para ela, era necessário “mais [...] do que estas escalas do desenvolvimento que são válidas somente para partes isoladas da personalidade da criança, não para sua totalidade” (Freud, 1965, p. 63, tradução livre).

Em sua época, destaca a autora, haviam alguns testes que avaliavam isoladamente a inteligência (ex.: Gesel), a personalidade (ex.: Rorschach) e alguns que se utilizavam da imaginação para investigar aspectos emocionais (ex.: testes projetivos). Entretanto, estes testes “eram apenas atalhos em investigações que não faziam nada mais do que fornecer dados simples e elucidar aspectos circunscritos da vida emocional da criança” (Freud, 1973a, p. 459, tradução nossa). Tal fato não permitiria que o investigador obtivesse um quadro amplo do desenvolvimento infantil que compreendesse toda a complexidade de sua personalidade. Para solucionar tal cenário, Anna toma como base o desenvolvimento de dois instintos básicos na psicanálise: sexual e agressivo. A partir dessa base, e ampliando o olhar sobre a criança para outros aspectos do desenvolvimento, Anna esperava que “no futuro os métodos de testagem serão concebidos para abranger fatores cada vez maiores nos quais um diagnóstico satisfatório da neurose infantil possa se basear” (Freud, 1973a, p. 38).

O que Anna buscava na elaboração de escalas mais apropriadas era encontrar “as interações básicas entre id e ego e seus vários níveis de desenvolvimento, e também sequências cronológicas (*age-related*) deles que, em importância, frequência e regularidade são comparáveis à sequência maturacional dos estágios libidinais ou desdobramento gradual das funções do ego” (*ibidem*).

Além da escassez de instrumentos adequados, Anna critica também a incompletude em alguns aspectos da teoria deixada por seu pai para a compreensão do desenvolvimento infantil. No que se refere ao desenvolvimento do impulso sexual, por exemplo, as fases de desenvolvimento da libido (oral, anal, fálica e genital), de acordo com a autora, davam alguma noção de idades específicas para o que era esperado no desenvolvimento. Já no âmbito do impulso agressivo a precisão era menor, e o máximo que ocorria era uma correlação das expressões agressivas (morder, cuspir, agredir, prepotência) com as fases libidinais. A partir dessa consideração, Anna Freud propôs um modelo de avaliação mais abrangente que pudesse abarcar o desenvolvimento desde as atitudes “dependentes, irracionais, determinadas pelo id e o objeto, no sentido de um crescente domínio, pelo ego, do seu [da criança] mundo interno e externo” (Freud, 1976, p. 60). Assim, atitudes menos avançadas como o mamar no seio, o sujar as fraldas, o egocentrismo *etc.*, teriam um determinado encaminhamento na saúde, (mamar de forma racional, controle dos esfíncteres e empatia consecutivamente) demonstrando o desenvolvimento saudável do ego. Ela ainda destaca a importância do ambiente no processo de desenvolvimento, já que, para a autora, estes avanços são sempre o resultado da interação entre impulso e ego/superego com a reação às influências ambientais.

Para sanar essas deficiências, Anna propõe o modelo de “Linhas do Desenvolvimento”. Nesta concepção, o desenvolvimento poderia ser compreendido e avaliado a partir de diversos aspectos, sendo cada linha um aspecto diferente observado na evolução da criança, como a alimentação, relação com pares, higiene *etc.* Assim, foram propostas cinco linhas que organizam o desenvolvimento psíquico, sendo elas: (1) da mamada à alimentação racional, (2) do se molhar e se sujar ao controle dos esfíncteres, (3) da irresponsabilidade para a responsabilidade no controle corpóreo (4) do egocentrismo para o companheirismo e (5) do corpo para o brinquedo e do brincar para o trabalho. Além destas, (6) o caminho percorrido da extrema dependência do recém-nascido até a autoconfiança emocional é uma diretriz prototípica das cinco linhas. Nesse sentido, cada linha do desenvolvimento é um indício do quão desenvolvida a criança está em termos de dependência e autossuficiência emocional. Tal desenvolvimento, em outros termos, demonstra a saída da criança de atitudes “irracionais, determinadas pelo id e objeto para uma maior maestria do ego” (Freud, 1976, p. 63).

Apesar de ter proposto essas cinco Linhas, Anna Freud ressalta que “há muitos outros exemplos de Linhas do Desenvolvimento” (Freud, 1965, p. 77, tradução nossa), sendo que este é um modelo ao qual podem ser agregadas outras linhas que dizem respeito a outros aspectos do desenvolvimento infantil. Segundo a autora, até o momento da publicação do oitavo volume de suas obras completas, nenhum autor havia ainda aceitado o desafio de fazer uma contribuição nesse sentido. Então, Anna Freud dá alguns outros exemplos de Linhas, sendo estas: “dos caminhos físicos para os caminhos mentais de descarga; dos objetos animados para os inanimados, da irresponsabilidade para a culpa” (Freud, 1981, p. 65, tradução nossa); “o caminho que leva ao desenvolvimento do processo secundário; a distinção entre realidade interna e externa; o desenvolvimento da habilidade de descarregar excitações mentais via mente (e não via corpo); a capacidade de controlar impulsos; o aparecimento da noção de tempo; o caminho do modo egocêntrico (infantil) ao modo mais objetivo (adulto) de perceber o mundo, assim como a estrada para muitas outras conquistas” (Freud, 1981, p. 129, tradução nossa).

2.3 Contribuição da observação direta à psicanálise

Anna Freud acredita que descobertas importantes para a análise de crianças foram feitas a partir da análise de adultos através do método de reconstrução, porém, para a autora, estas descobertas não são suficientes para oferecer uma compreensão total da infância. Para tanto, acredita que a observação direta de crianças é a ferramenta de maior significância. O problema do método reconstrutivo, complementa Anna, é que “há o perigo de que o analista fique demasiadamente apegado às observações do funcionamento regressivo que é induzido e promovido pela situação analítica, se esquecendo que estas manifestações regressivas incluem inevitavelmente aquisições mais tardias” (Freud, 1971, p. 24, tradução nossa).

Uma das possibilidades apontadas por Anna Freud na observação direta é a de inferir a partir dos comportamentos da criança seus conteúdos inconscientes. Nas palavras da autora, “muitas das ações e preocupações da criança [...], quando observadas, podem ser traduzidas em suas contrapartes inconscientes das quais são derivadas” (Freud, 1965, p. 18, tradução nossa).

2.4 O perfil diagnóstico

Para Anna Freud, a preocupação com o contexto ou com o quadro geral ao qual determinado aspecto da criança estava inserido não se limitava à apreensão das diversas facetas que compõem o desenvolvimento infantil, mas também ao diagnóstico durante o tratamento. Para a autora, é necessário que todos os fatores, sintomas e características de determinado paciente sejam analisados em conjunto com de todas as informações que forem coletadas a seu respeito, desde o encaminhamento até o tratamento e alta. Todo esse material deveria ser agrupado no Perfil Diagnóstico, uma serie de itens a respeito do histórico, quadro atual, diagnóstico e tratamento que deveriam ser preenchidos com os dados que o clínico coletara. Os itens avaliados por Anna em seus pacientes eram os seguintes:

- 1) Desenvolvimento instintual (drive) baseado na sequencia conhecida de fases, incluindo o desenvolvimento da libido e da agressividade.
- 2) Desenvolvimento do ego levando em consideração a idade e integridade do aparato egóico, suas funções e defesas, sendo:
 - a) Aparato egóico: normal ou anormal de acordo com avaliação psicológica;
 - b) Funções do ego: memória, teste de realidade, fala, pensamento secundário racional;
 - c) Defesas do ego adequadas para a idade;

- d) Desenvolvimento super-egóico, com foco no desenvolvimento moral com relação ao nível de independência dos cuidadores para adoção de postura moral;
 - e) Interferência secundária das defesas nas funções do ego⁸.
- 3) As Linhas do Desenvolvimento, com a avaliação do nível de independência emocional e no controle do próprio corpo, da adaptação à realidade e na construção de uma organização interna.
 - 4) Pontos de fixação e regressão, fazendo-se a distinção se a regressão é do tipo permanente, que necessita de tratamento, ou do tipo temporária – que surgiu em decorrência de um fator externo pontual e se solucionará sozinha.
 - 5) Conflitos, caracterizando-se a natureza do conflito, ou seja, se são devidos a fatores externos, internos entre ego, superego e id, ou internos entre instintos como amor e ódio, passividade e atividade, feminilidade e masculinidade *etc...*
 - 6) Caracterização do nível de capacidade de cura da criança, considerando-se, por exemplo:
 - a) Nível de tolerância a frustração
 - b) Nível de tolerância à ansiedade e os meios usados para manejá-la
 - c) A relativa presença de reações do tipo progressiva ou regressiva frente a situações de desprazer ou ansiedade

Anna defendia o uso dessa metodologia porque estava ciente de que causas similares levam a quadros patológicos totalmente diferentes em diferentes indivíduos. Nas palavras dela: “defeitos orgânicos como má formação, cegueira, *etc...*, levam às mais variadas consequências psicológicas dependendo das circunstâncias ambientais e dos recursos que a criança possui”, assim, continua a autora, “eventos traumáticos [por exemplo] não devem ser considerados isoladamente, mas devem ser traduzidos em seu significado para determinada criança” (Freud, 1974a, p. 139, tradução nossa). Assim, esse método permitiria que agentes patogênicos fossem analisados em conjunto com outros dados determinando assim sua importância, ou não, para determinado caso.

⁸ A versão completa do Perfil Diagnóstico está no Vol. VI das obras completas.

2.5 As discussões controversas: diferenças com Melanie Klein

A psicanálise já encontrava dificuldades naquela época quanto à sua aceitação na sociedade. Por exemplo: a ideia de que a neurose adulta se originaria de conflitos sexuais ia contra o que se acreditava até então, além do medo de que o tratamento psicanalítico em si pudesse, ao “liberar” conteúdos sexuais e agressivos à consciência, levar os indivíduos a cometerem atos violentos e contra as normas de pudor (Freud, 1973a). Com o advento do trabalho com crianças, surgem conflitos e controvérsias dentro da própria psicanálise. Anna Freud aponta três controvérsias principais com relação a este tipo de trabalho.

A primeira delas diz respeito à *técnica de análise infantil*. Segundo a autora, a técnica de análise de adultos não pode ser aplicada a crianças, podendo, no máximo, ser aplicada a pré-púberes. Um dos pontos levantados por Anna Freud é sobre o uso da Associação Livre, pois “crianças pequenas não querem ou não são capazes de embarcar nela” (Freud, 1973a, p. 6). A autora continua dizendo que o mesmo se dá na interpretação dos sonhos, pois crianças contam seus sonhos de maneira livre, mas sem o uso de associação – este fato tornaria a análise do conteúdo onírico manifesto menos útil. Outro fato prático na clínica com crianças é que a fala e a ação neste caso não podem ser separadas. As crianças quando colocadas quietas no divã ficam relaxadas, porém mudas. Uma alternativa para a técnica da associação livre precisava ser, então, desenvolvida. Assim, Hug-Hellmuth em Viena e Klein em Berlin/Londres desenvolveram a técnica do brincar (Freud, 1973a). Além disso, outro ponto também questionado é se a relação entre a criança e o analista seria verdadeiramente transferencial. Havia a discussão de que esta relação poderia ser apenas parcialmente transferencial, sendo que parte do comportamento neurótico infantil ainda ficaria catexizado nos pais – que são os “objetos originais de seu [da criança] passado patogênico” (Freud, 1973a, p. 8, tradução nossa).

A segunda controvérsia diz respeito à *idade adequada para a análise infantil*. Alguns defendiam que só seria possível quando a fala já estivesse desenvolvida, já outros, como Klein, diziam que seria possível muito cedo – desde que a criança possa brincar.

A terceira controvérsia diz respeito a *quais casos aplicar análise infantil*. Diferenciando-se de Klein, Anna conta que esta autora defendia que toda criança passa por fases de anormalidade (estados psicóticos, depressões, etc..) e sendo assim o desenvolvimento poderia ser salvaguardado pela análise precoce das crianças em busca de resíduos psicóticos de estágios anteriores, ou seja, toda criança poderia e/ou deveria passar por análise. Já na escola

de Viena, em oposição à de Klein, acreditava-se que a análise só deveria ser aplicada aos casos mais graves de neurose infantil que toda criança experiêcia em um momento ou outro ao entrar no período de latência. Já para as outras crianças, a aplicação de conhecimento psicanalítico ao processo educacional já seria suficiente para auxiliá-las no desenvolvimento emocional e instintual.

2.6 Avaliação do desenvolvimento

Com a decisão de não analisar toda criança, surge outra questão: como decidir qual criança deve ser analisada? Para responder a esta questão, Anna Freud aponta alguns quesitos que devem ser considerados nessa decisão.

O primeiro fator diz respeito ao Sofrimento. Alguns quadros de neurose infantil são frutos de sofrimento mais para os pais do que para a criança. Por exemplo, quando a criança se alimenta mal, faz xixi na cama ou faz birras, isso não traz sofrimento a ela necessariamente – mas certamente faz sofrer quem cuida dela. Desta maneira, o sofrimento neurótico não deve ser tomado como critério para decidir se uma criança precisa ou não de tratamento (Freud, 1973a).

Para além do sofrimento, então, deve-se analisar a natureza do distúrbio, podendo ser de causas internas ou externas. A este respeito a autora enfatiza a diferença de uma criança na qual os conflitos podem ser extinguidos a partir de uma mudança na maneira como o ambiente cuida dela e de uma criança que necessita de análise. Como exemplo, Anna Freud diz: “Há crianças que não comem porque têm brigas com suas mães. Este é um conflito externo. Remova a criança de sua mãe [...] e o distúrbio desaparecerá. Mas há crianças que não comem porque acreditam que o que estão comendo está vivo e elas não querem assassiná-los” (Freud, 1981, p. 55). Assim, a ideia é que no segundo caso a análise seria indicada.

Desvios nas capacidades normais são o segundo fator a ser observado. Tomando como ponto de partida o adulto, além dos fatores subjetivos, há dois fatores objetivos que devem ser considerados ao se avaliar a neurose: a capacidade para ter relações amorosas e sexuais e a capacidade para trabalhar. Já no caso da criança, o correlato destas duas capacidades não é muito claro. Como a vida sexual da criança é reprimida, o correlato então poderia ser o interesse que a criança demonstra no mundo exterior e a gratificação que obtém através deste contato em oposição ao narcisismo e modos de gratificação auto eróticos. Já sobre o trabalho, Anna Freud o relaciona com a capacidade para brincar. O brincar mais saudável é o brincar construtivo em oposição ao brincar repetitivo, monótono ou excessivamente focado no jogo imaginativo (*ibidem*).

Mais adiante em seu trabalho, Anna destaca também outro ponto que pode ser incluído nesse segundo quesito, que é a maneira que a criança se relaciona com os objetos de amor. Isso diz respeito a como se espera que a criança lide com a mãe, pai e pares em cada fase de seu desenvolvimento. Pode-se considerar aqui, por exemplo, as várias fases de apego que a criança

apresenta em relação à mãe, sua capacidade para transferir seu interesse no relacionamento com a mãe para relacionamentos com outras pessoas, *etc.* (Freud, 1981).

Alterações no desenvolvimento normal constituem o terceiro fator, sendo que distúrbios nesse quesito em especial apontam para necessidade de intervenção imediata. Tais distúrbios poderiam ser uma parada na evolução do desenvolvimento, ou seja, “se manter fixado a algum estágio do desenvolvimento antes que o processo de maturação tenha sido concluído” (Freud, 1973a, p. 17, tradução nossa).

Devido às diferenças destacadas nos quesitos anteriores, é impraticável a aplicação direta dos mesmos critérios que se utiliza na avaliação da neurose no adulto à avaliação da criança. Então, a autora sugere que a avaliação do grau de neurose de uma criança se dê não pelo dano causado às suas atividades ou atitudes, mas de acordo com o grau que a patologia impede que a criança se desenvolva.

Um dos aspectos que pode ter seu desenvolvimento impedido é o curso natural da libido. Entretanto, deve-se observar se um entrave nesse aspecto é na verdade temporário e passível de recuperação espontânea. A neurose infantil pode ser tida como transitória desde que o desenvolvimento da libido não tenha sua progressão alterada ou restringida pelo quadro. Neste caso, a neurose desaparecerá na medida em que o fluxo do desenvolvimento libidinal seja forte o suficiente para desfazer regressões ou fixações. Com base nisso, Anna Freud se coloca contra a ideia de que o tratamento deva ser aplicado de maneira profilática para remover os pontos de fixação, mas apenas quando há pouco ou nenhuma esperança de cura espontânea, (Freud, 1973a).

2.7 Psicanálise e prevenção

Saber o que se espera em cada momento do desenvolvimento infantil, e quais são as necessidades da criança, tem o papel de guiar o ambiente de maneira que ele ofereça e permita que a criança tenha essas necessidades e modos de funcionar suportados e permitidos. Os primeiros exemplos disso na psicanálise dizem respeito a diversos distúrbios, por exemplo: (a) quando formulou-se as ideias de que a origem da histeria está nas proibições da infância, a psicanálise contribuiu para a adoção de técnicas de educação infantil mais permissivas quanto às atitudes de sexualidade pré-genital infantil; (b) quando a agressividade recebeu status de um instinto básico, deu-se mais espaço e tolerância para as atitudes violentas e hostis da criança; (c) quando se reconheceu que na fase anal residiam problemas que poderiam levar a patologias, o treino do banheiro passou a ser conduzido de maneira menos apressada e mais compreensiva; (d) desordens alimentares desapareceram depois que o manejo de crianças foi conduzido de acordo com as necessidades orais; (e) dificuldades do sono foram minimizadas depois que atividades autoeróticas como masturbação e chupar o dedo, foram menos reprimidas (Freud, 1965).

Apesar de todos os avanços que a psicanálise trouxe na técnica de cuidados com crianças, isso não foi suficiente para colocá-la no *hall* de técnicas preventivas. Segundo Anna Freud, “é verdade que as crianças que cresceram sob sua [da psicanálise] influência foram diferentes em alguns aspectos das gerações anteriores; mas eles não eram mais livres de ansiedades ou conflitos, e assim não eram também menos propensos a neurose ou outros transtornos mentais” (Freud, 1965, p. 8, tradução nossa).

Ainda assim, seria possível avançar nesse campo. Segundo Anna Freud, “a predição ou prevenção de problemas leva inevitavelmente ao estudo do processo mental normal, em oposição ao estudo do processo mental patológico” (Freud, 1965, p. 54). Através do estudo da normalidade no desenvolvimento infantil, “com a sequência de fases libidinais e uma lista das funções do ego como pano de fundo de sua mente” (Freud, 1965, p. 55) o analista poderia avaliar o desenvolvimento e se há indicação para tratamento. Essa avaliação do desenvolvimento é uma atitude profilática na medida em que indica processos patológicos antes mesmo que estes tenham se manifestado.

2.8 O diálogo com outras ciências

Anna Freud demonstra sua preocupação com a relação da psicanálise com a psicologia acadêmica em um texto derivado de sua fala no simpósio de psicologia genética na Clark University em 1950. Ela inicia sua fala abordando os aspectos históricos dessa relação, como ela se desenvolveu e como se encontrava em sua época.

Naquele período, mais do que na própria Europa, havia, para surpresa de Freud, diz Anna, uma presença massiva da psicanálise nos EUA. Apesar disso, a autora ressalta que já desde meados de 1909 a psicanálise já se via isolada das outras ciências, sendo julgada como não científica, fantástica e indigna de investimento por parte de acadêmicos “sérios” (Freud, 1973a, p. 110). Entretanto, isso não prejudicou o desenvolvimento da psicanálise, os analistas continuaram suas pesquisas e trabalho sem se preocuparem em convencer alguém de fora de que aquilo seria válido. Isso também fez com que, ao trabalharem como um grupo totalmente fechado, desenvolvessem uma linguagem científica própria (*ibidem*).

Esse cenário começou a mudar nos anos seguintes, com a abertura da psiquiatria para a aplicação dos conceitos psicanalíticos a pacientes graves, e mais adiante com a aplicação da psicanálise na educação de crianças. Depois disso, a psicanálise se ligou a diversas outras áreas como a sociologia, antropologia, criminologia, psicologia acadêmica *etc.*. Em algumas dessas áreas, como a medicina, o ganho foi apenas para esta área, porém em outras, como a sociologia e antropologia, a psicanálise foi expandida, por exemplo, com as descobertas a respeito do comportamento de grupo.

Todo esse processo de ligação com outras ciências fez com que a psicanálise emergisse gradualmente de seu isolamento, o que a levou a desenvolver também uma linguagem que pudesse ser compreendida pela sociedade científica no geral. A isso seguiu-se um período em que os primeiros trabalhos de correlação entre a psicanálise e outras áreas se multiplicassem. Os objetivos desses trabalhos incluíam, dentre outros, “de uma mera revisão de publicações ao intercâmbio e mistura de ideias” (Freud, 1973a, p. 111, tradução nossa). A possibilidade de acessar o inconsciente, como revelado por Freud, também se desdobrou nessa interface entre a psicanálise e outras psicologias, dando origem aos testes projetivos, sendo seus representantes mais notáveis o Teste de Rorschach e o Teste de Apercepção Temática (TAT).

Todo esse movimento em direção ao diálogo com outras ciências, e especialmente a ideia de que o inconsciente poderia ser acessado por outros meios além dos psicanalíticos, deu

abertura para pesquisas em busca de confirmação da teoria psicanalítica. Apesar disso, Anna Freud ressalta que há limitações para a aplicação da psicanálise à psicologia acadêmica. Dentre essas está o fato de que a investigação do inconsciente em um ambiente controlado não reproduz ou não considera todos os mecanismos que podem estar atuantes em determinado fenômeno. Diz a autora:

O desapontamento, raiva, fúria, desespero ou indiferença que uma criança pode mostrar frente a um brinquedo retirado não realmente nos permite predizer como essa mesma criança reagirá quando defrontada com a perda de um objeto de amor importante. Como situações complexas da vida não podem ser reproduzidas no laboratório, parece, até então, não haver possibilidade para o acadêmico se aproximar desses fenômenos (Freud, 1973a, p. 120, tradução nossa).

Por fim, apesar desses avanços na direção do diálogo entre as diversas psicologias, Anna ressalta ainda o problema da linguagem. Segundo ela, “para retraduzir uma ciência nos termos da outra, a terminologia acadêmica se mantém vaga e difícil de digerir para o analista” (Freud, 1973a, p. 122, tradução nossa), e vice e versa. A autora levanta esse problema colocando em perspectiva opiniões de vários autores e exemplos de conceitos freudianos que foram, ou podem, ser usados erroneamente em pesquisas experimentais. Para ela, então, um dos cuidados a se tomar nesse sentido é o de não tomar termos psicanalíticos como sinônimos ou como tendo o mesmo significado que em outras áreas da ciência.

Essa discussão prossegue com Anna Freud se baseando nas ideias de Hartmann de que a psicanálise em si mesma é constituída por um aspecto dinâmico e outro genético. Essa distinção seria importante nesse cenário porque determinado aspecto seria mais importante dependendo do contexto ao qual a psicanálise seria aplicada.

De acordo com essa distinção, o aspecto dinâmico é o que se ocupa do comportamento humano em determinadas situações, já o genético se ocupa das origens desse comportamento (Freud, 1973a). Como dito, dependendo do campo que se apropria das ideias psicanalíticas, um desses aspectos recebe mais foco do que o outro. Por exemplo, na psiquiatria, ao menos até o

surgimento do DSM III⁹, os conceitos dinâmicos faziam parte da investigação médica. Enquanto isso em outras áreas como a educação e análise infantil, a teoria sobre as origens recebia mais destaque (*ibidem*).

Aqui, nesta pesquisa, a questão da origem é o que mais nos interessa e, nesse sentido, Anna Freud aponta que a investigação genética psicanalítica contribui no estabelecimento de três aspectos do desenvolvimento: “a sequência de estágios do desenvolvimento instintual, libidinal e agressivo; a sequência de fases no desenvolvimento do ego e superego; e, ao menos de forma aproximada, uma terceira sequência das sucessivas interações entre essas duas linhas” (Freud, 1973a, p. 131).

⁹ Edição na qual houve uma “expurga” psicanalítica do DSM, retirando conceitos que diziam respeito a essa teoria.

3 Marcos do Desenvolvimento em Anna Freud

Aqui serão apresentados os marcos ou fenômenos que indicam avanços no desenvolvimento emocional e social do infante. Anna Freud reconhecia a existência de marcos do desenvolvimento que “deveriam ser alcançados e ultrapassados durante o primeiro ano de vida [e por toda a vida]” (Freud, 1973a, p. 585, tradução nossa). Entretanto, o momento preciso em que tais marcos aconteceriam, ressalta a autora, “dependerá da interação entre fatores constitucionais e ambientais” (*ibidem*).

Apesar de não ter especificado idades para os acontecimentos em cada Linha do Desenvolvimento, e de estar ciente da escassez dos dados que existiam até então, e ainda, mesmo sabendo que qualquer tentativa nesse sentido esbarra na limitação que generalizações desse tipo trazem a um campo propenso a variação de indivíduo para indivíduo, Anna Freud se arrisca a demarcar três períodos no desenvolvimento infantil.

O primeiro período seria o que vai do nascimento até os 12 meses de vida. Este momento é caracterizado pela vivência do mundo entre apenas dois corpos – mãe e bebê. A partir dessa interação, ressalta a autora, três Linhas do Desenvolvimento têm maior destaque: distinção entre soma e psique, entre o corpo do bebê e o da mãe e entre *self* e objeto.

O segundo período se estende até o final dos estágios pré edípicos (3-4 anos). Os desenvolvimentos com maior destaque neste período são os referentes à motilidade, funções fisiológicas, controle dos impulsos, processo secundário e constância de objeto.

No terceiro período o desenvolvimento das linhas é mais estável, não tão susceptível a retrocessos ou diferenças no avanço de cada uma delas. As respostas neuróticas a conflitos, quando tudo vai bem, são substituídas por respostas adaptativas (Freud, 1981).

Esses períodos são a base do sentido cronológico dos acontecimentos descritos nas Linhas do Desenvolvimento, sendo que cada uma delas apresenta marcos específicos para cada aspecto do desenvolvimento infantil. A seguir são detalhados esses marcos.

3.1 Os marcos nas Linhas do Desenvolvimento

As Linhas do Desenvolvimento formuladas por Anna Freud descrevem uma série de fases pelas quais o desenvolvimento deve seguir até que o indivíduo seja pleno em suas capacidades. Além das fases, também é possível identificar os fenômenos que marcam a passagem de uma fase para outra ou a aquisição de determinadas capacidades. Assim, as Linhas do Desenvolvimento serão apresentadas aqui como uma fonte inicial desses marcos os quais serão complementados com outros que foram identificados na revisão de toda a obra da autora.

3.2 O desenvolvimento da libido como uma Linha do Desenvolvimento

O desenvolvimento sexual infantil é retomado por Anna Freud no modo em que seu pai o descreveu, ou seja (apontando apenas aquelas correspondentes às idades abordadas nesta pesquisa): a fase oral, que dura do nascimento até por volta dos 18 meses; a fase anal, dos 18 aos 36 meses aproximadamente; e a fase fálica, dos 36 aos 48 meses, sendo estas três fases o quadro que constitui o período pré-genital. Para Anna, a correta reconstrução deste período, pré-genital, do desenvolvimento libidinal feito através da análise de adultos é a mais impressionante conquista do trabalho psicanalítico inicial (Freud, 1973a). Entretanto, a autora aponta que falta a confirmação deste desenvolvimento através de observação direta. Nesse sentido, ela mesma encontrou contribuições em seu trabalho com crianças institucionalizadas, observando que a mudança de uma fase do desenvolvimento libidinal para outra era usualmente precedida pela mudança de um tipo de comportamento para outro. Ela resume tais mudanças na seguinte passagem: “[...] era possível distinguir claramente entre as fases libidinais a partir do comportamento da criança em relação à mãe ou seu substituto. Uma dependência ávida (oral); uma possessividade invasiva e atormentadora (anal); uma atitude protetora em relação ao objeto de amor (fálico)” (Freud, 1973a, p. 150).

Quanto ao instinto agressivo, tanto as manifestações quanto a cronologia deste seguem entrelaçadas às do instinto sexual. Esse entrelaçamento e mera correlação do instinto agressivo ao sexual é outra crítica de Anna Freud, pois, para ela, isso limita a abrangência e compreensão dos fenômenos referentes a estes aspectos do desenvolvimento emocional. Na fase oral, por exemplo, a agressividade aparece como sadismo oral, e “encontra sua expressão no desejo por destruir o objeto de amor da criança ao comê-lo (incorporação oral), o dente sendo usado como

uma ferramenta de agressão” (Freud, 1973a, p. 463, tradução nossa). Morder é um comportamento considerado normal até o período no qual a criança está aprendendo a andar. Outros comportamentos de agressividade oral como gritar são aceitáveis apenas no período pré-verbal, sendo este considerado um sinal de “birra” quando manifestado após a aquisição da fala.

Na fase anal, o instinto agressivo se manifesta através de agressividade, destrutividade, arrogância, possessividade, chutar, socar, rasgar e cuspir (Freud, 1973a). O uso agressivo das fezes é aceitável como normal neste período. Por outro lado, chutar e bater estão presentes durante toda a infância, contudo ganham caráter proposital apenas após a fase em que a criança já anda com maestria (Freud, 1981).

Outro aspecto relativo à agressividade observado por Anna é a habilidade para se defender. A autora sugere que tal habilidade é precedida pela habilidade de atacar. Assim, a defesa requer um grau mais elevado de capacidade egóica do que o ataque (*ibidem*, p. 171). Neste sentido, uma briga entre duas crianças pequenas é sempre caracterizada por um agressor e uma vítima, sendo que esta, ao ser agredida, chora e pede por ajuda. Nesse mesmo cenário com crianças mais velhas, a partir dos 2 anos de idade, haveria uma luta, ou seja, a criança se defende (Freud, 1981).

3.3 A proposta de Anna Freud

O cenário que Anna Freud tinha em relação ao desenvolvimento socioemocional infantil em sua época se limitava às fases do desenvolvimento sexual e agressivo. Além disso, o que se dispunha a respeito do desenvolvimento das funções do ego era o que os psicólogos conseguiam através de testes de inteligência e personalidade. Anna considerava esses dados precários e buscava uma forma de compreender o desenvolvimento infantil de maneira mais ampla. Ela ampliou essa compreensão através do conceito de Linhas do Desenvolvimento, o qual visava também preencher as lacunas deixadas por seu pai.

O interesse de Anna Freud pela educação das crianças é um fio condutor na construção destas Linhas, pois a autora procurou destacar nelas as características que precisam estar presentes para que a criança esteja apta para frequentar a escola. A preocupação da autora era de que não se forçasse as crianças a situações para as quais seu nível de desenvolvimento emocional ainda não fosse suficiente. Para exemplificar essa ideia, Anna compara o desenvolvimento emocional ao momento de desmame do bebê. Ela diz que, conselhos do tipo

“você deve estimular seu filho a interagir com outras crianças” ou “mães e filhos devem ficar juntos o máximo possível, não os separe”, seria o mesmo que aconselhar que se desmame o bebê de seis meses e o alimente com um bife (Freud, 1969, p. 348, tradução nossa).

As sequências do desenvolvimento trazidas nas Linhas formam a “espinha dorsal” da presente pesquisa, já que, na construção destas, Anna Freud procurou estabelecer determinados períodos no DSE e fatos ou características que marcavam cada período. Nesta parte da pesquisa, serão apresentadas as Linhas do Desenvolvimento da maneira como Anna as concebeu, dando foco aos comportamentos que marcam o DSE. À essa apresentação, serão agregadas passagens identificadas ao longo de toda a obra de Anna que contribuam para a identificação de marcos do desenvolvimento infantil. Cada Linha do Desenvolvimento será apresentada juntamente com a indicação da idade que cada fase ocorre de acordo com a classificação de Palombo¹⁰. Ao final desta parte, assim como a própria Anna Freud instigou outros pesquisadores a fazerem, serão apresentados os mecanismos de defesa como passíveis de constituir uma nova Linha do Desenvolvimento, para além daquelas propostas pela autora. A compilação dos marcos e idades em que ocorrem é apresentada na Tabela 1 ao final deste capítulo. Este Tabela dará uma ideia de como os marcos apresentados por Anna Freud poderiam ser utilizados para avaliar o desenvolvimento infantil, bem como para facilitar a relação destes marcos com aqueles atuais presentes nos instrumentos de avaliação que serão discutidos na parte II desta pesquisa.

¹⁰ Ver Palombo (2010, p. 68).

3.3.1 *Linha da dependência à autossuficiência emocional e relacionamentos objetais adultos.*

Como já dito, esta é a linha prototípica de todas as outras linhas e descreve o caminho percorrido pelo indivíduo desde sua completa dependência emocional do meio que cuida até se tornar um adulto relativamente autossuficiente e capaz de estabelecer relações maduras com outras pessoas.

O primeiro estágio dessa linha tem início no nascimento e dura até aproximadamente os 7 meses de vida. É um período no qual a relação mãe-bebê se caracteriza por uma fusão ou indiferenciação emocional entre eles, o que Mahler (1982) chamou de *autismo normal*.

Num segundo momento, dos 7 aos 15 meses, a relação do bebê para com o meio é basicamente de dependência, ou seja, o bebê busca o meio apenas quando surgem necessidades instintuais, como a fome. Quando a necessidade é satisfeita essa busca pelo meio é reduzida.

O terceiro estágio acontece dos 15 aos 30 meses e nele está em voga o estabelecimento da *constância de objeto*. Nesse momento, os infantes começam a serem capazes de manter uma imagem interna dos objetos com os quais se relacionam e essas relações são mais estáveis, não tão susceptíveis a desapontamentos e frustrações.

Dos 30 aos 48 meses, o quarto estágio, há a consolidação da constância de objeto. Além disso, as crianças já são capazes de lidarem tanto com sentimentos positivos quanto negativos em relação à mesma pessoa.

Anna Freud apresenta além desses ainda mais 4 estágios que continuam a descrever o desenvolvimento emocional até o final da adolescência. Entretanto, as idades que esses estágios seguintes representam escapam ao foco desta pesquisa.

3.3.2 *Linha da mamada à alimentação racional*

Para lidar com os problemas alimentares, Anna Freud relembra alguns pontos a respeito da alimentação infantil que ainda estavam pouco explorados em sua época. Por exemplo, o quanto se deve regular a alimentação do bebê a partir de horários rígidos pré-estabelecidos ou alimentá-lo sob demanda, ou, outro ponto, é se deve-se dirigir o cardápio das crianças ou deixá-las escolherem o que preferem comer. Apesar da necessidade de esclarecer esses pontos, Anna ressalta que, por mais que estes sejam considerados no manejo da alimentação das crianças, haveria ainda o fator que diz respeito ao conflito entre o instinto da alimentação e outras tendências instintuais como: “a relação da criança com a mãe que o alimenta; a atividade dos instintos que compõem a sexualidade infantil; e a atividade das tendências destrutivas e agressivas da criança” (Freud, 1973a, p. 448, tradução nossa). É justamente sobre esses conflitos que a autora se debruça com mais afinco. A visão da autora a respeito das etapas que o infante passa até alcançar a capacidade de alimentação autônoma plena e saudável foi construída tendo em mente a resolução apropriada de tais conflitos.

Neste sentido, considera-se a crescente capacidade do bebê para se tornar autônomo na alimentação e de desinvestir gradualmente a equação “mãe igual a comida”. Essa equação diz respeito à relação que o bebê estabelece entre a satisfação trazida pela comida e aquele que o alimenta, na maioria dos casos a mãe. Assim, diz a autora, “a mãe é o link que conecta o bebê à comida” sendo essa “o primeiro motivo para apego emocional entre o bebê e a mãe” (Freud, 1973a, p. 449, tradução nossa).

A interpretação, dada por Anna, é a de que o apego se estabelece, no início, em relação à figura que proporciona a satisfação e o prazer através da comida¹¹. Esse *link* seria o motivo pelo qual a atitude da mãe em relação à criança tem um papel fundamental no início para que se estabeleçam hábitos saudáveis, ou não, da criança com a comida. No período em que esta fórmula, ou relação, mãe-comida é mais influente, as atitudes da mãe gerariam no bebê diferentes atitudes em relação à alimentação. Exemplo disso, é o fato de que “mães ansiosas produzem dificuldades alimentares, enquanto mães negligentes têm filhos que se alimentam bem” (Freud, 1973b, p. 557, tradução nossa). Isso se deveria ao fato de que “a criança está inclinada a tratar a comida dada pela mãe da mesma maneira que trata a mãe, o que significa que qualquer problema na relação mãe-bebê poderia invadir a situação da alimentação” (Freud, 1973a, p. 450, tradução nossa).

¹¹ Diferentemente de Bowlby que acredita que o instinto de sobrevivência seja o motivo pelo qual o bebê indefeso se apega à figura do cuidador.

Anna Freud diz que, “apesar de que a comida e a mãe se tornam separadas na mente consciente de todas as crianças a partir do segundo ano de vida, a identidade entre as duas imagens permanece em tudo que diz respeito ao inconsciente (Freud, 1973a, p. 50, tradução nossa). Assim, distúrbios alimentares como a recusa de comida, insaciabilidade *etc...*, teriam relação com fantasias inconscientes da criança em relação à mãe.

Esses problemas desaparecem na maioria dos casos quando as crianças são separadas de suas mães, ou são alimentadas por outras pessoas, mas em alguns casos, destaca Anna, isso está tão fortemente estabelecido que mesmo retirando-se a mãe de cena o problema é transferido imediatamente para o cuidador substituto. Os problemas que desaparecem são, de acordo com as observações da autora, aqueles que se iniciam antes da fase edípica, já os que se iniciam depois são persistentes independente da presença da mãe (Freud, 1973a). Anna Freud ressalta que as mães não podem retirar estas fantasias inconscientes de seus filhos, mas podem fortalecer, através de suas ações, os movimentos saudáveis e conscientes em direção ao próximo estágio de desenvolvimento. Neste sentido, os estágios mais avançados do desenvolvimento em relação à alimentação são, por exemplo, a introdução de alimentos sólidos e o uso de talheres. Em tais casos, então, a mãe deve estimular o início desses dois modos de alimentação, observando sempre a medida da capacidade e aceitação da criança.

Esta atitude estimulante da mãe em relação à criança também interfere no bom andamento geral da aquisição da capacidade para se alimentar sozinho e o uso de talheres. Isso se deve ao fato de que, segundo Anna, essa aquisição deriva da permissão dada à criança para que experimente livremente as sensações de pegar a comida com as próprias mãos, apertá-la entre os dedos e se sujar.

Os componentes orais e anais do instinto sexual se apresentam na alimentação através de atitudes como chupar o dedo (prazer oral), brincar ou amassar a comida com as mãos (prazer anal), entre outras. Ambos os componentes instintuais, apesar de sua influência na alimentação, não devem representar um problema a este processo desde que sejam tratados com naturalidade, sem inibir ou repreender de forma muito dura as atitudes da criança. A estimulação oral através do dedo, chupeta ou outros objetos se extingue naturalmente caso seja permitido à criança realizar tais atos.

O componente anal costuma ficar mais evidente entre os 2 e 3 anos de vida, quando a criança está às voltas com o treino da toalete. Nesse período elas podem passar a rejeitar alguns alimentos devido à sua textura ou cor (por exemplo comidas pastosas, verdes ou marrons) que

possam remeter às fezes, mas esse quadro desaparece quando as dinâmicas dessa fase são resolvidas (Freud, 1973a). Tentar acelerar ou reprimir esse processo pode ser danoso à criança, resultando, por exemplo, em diminuição do apetite ou manutenção prolongada dessas restrições alimentares adquiridas pela criança. Assim, diz Anna Freud:

Para atingirem os melhores resultados alimentares, crianças pequenas deveriam ser permitidas a lidarem com a comida da maneira que preferirem. Elas irão adquirir maneiras à mesa indiretamente, conforme o treino da toalete e senso de limpeza no geral progridem, e quando suas habilidades para manipular talheres será colocada em uso. Crianças de 3 anos, então, serão facilmente treinadas para se juntarem à mesa no jardim de infância, para servirem a si mesmas e outras, para se servirem de jarros, e manterem suas mesas limpas. Nas idades de 4 ou 5 anos elas conseguirão utilizar faca e garfo de maneira civilizada (Freud, 1973a, p. 456, tradução nossa).

De maneira mais detalhada, essa progressão no desenvolvimento é apresentada nessa linha subdividida em seis estágios, sendo que os 4 primeiros contemplam o período de interesse desta pesquisa. Os fenômenos referentes a cada estágio são:

1. Do nascimento aos 2 meses: o bebê é amamentado no peito ou mamadeira. A forma como a alimentação é feita, se é forçada ou segue as necessidades do bebê, se há longos períodos de espera pela comida *etc.* podem determinar o aparecimento de distúrbios alimentares no futuro.
2. Dos 2 aos 7 meses: o bebê é desmamado. Novamente a maneira como o desmame é feito resultará, por exemplo, na facilidade ou dificuldade na aceitação de alimentos sólidos.
3. Dos 7 aos 15 meses: a criança está passando do "ser alimentado" para o ato de alimentar-se sozinha e pode em alguns momentos fazê-lo com o uso de talheres.
4. Dos 15 aos 30 meses: a criança já é capaz de se alimentar sozinha usando talheres.
5. Dos 30 aos 48 meses se esvanece a relação mãe-comida.

3.3.3 *Linha do molhar e sujar as fraldas ao controle dos esfíncteres*

Esta linha descreve o caminho percorrido até a conquista da capacidade de controlar os esfíncteres. Este caminho envolve em algum momento a retirada das fraldas, que tem caracteristicamente momentos de sucesso e momentos em que o infante acaba se sujando. Anna Freud não considera que a retirada das fraldas seja tarefa do processo maturacional, mas da intervenção ambiental. Esta intervenção partiria das necessidades pessoais maternas, conveniências familiares, sociais ou médicas. Assim, o tempo pode variar de alguns meses (baseado no treino da ação reflexa) ou dois a três anos (treino baseado na relação objetal).

Os produtos do corpo neste momento estariam carregados de afeto, assim esses podem ser oferecidos ao meio como presentes ou como ataques no caso de carga agressiva. A criança apresenta prazer em sujar, amassar, esvaziar, acumular, bem como dominar, possuir e destruir. Os eventos deste período podem variar de acordo com a atitude materna: se ela for sensível às necessidades da criança, servirá como mediadora e a criança progredirá naturalmente em direção à higiene pessoal. Caso contrário, se não houver empatia da mãe em relação à criança, atuará de forma severa para que a criança controle seus esfíncteres o que poderá acarretar em entraves nesta tarefa. Gradualmente a criança assume as exigências por limpeza e, por meio da identificação, passa a ter tais exigências como parte de seu próprio ego. Por fim, o controle dos esfíncteres é totalmente desvinculado dos objetos e é fruto da preocupação egóica e superegóica (Freud, 1965).

Anna descreve que o fenômeno referente ao primeiro período dessa linha, que vai do nascimento até aproximadamente os 24 meses, é a total liberdade que o bebê tem para fazer suas necessidades.

A segunda fase se estende dos 24 aos 30 meses e seu início é marcado por um processo maturacional, o qual se caracteriza pelo surgimento dos fenômenos da fase anal. Assim, aqui a criança pode apresentar comportamentos como brincar com as fezes ou substâncias pastosas, como a comida ou massinha, oferecer os excrementos à mãe como se fossem um presente (ou um ataque) *etc.*. Segundo Anna, se essas atitudes forem toleradas pelo ambiente e não forem forçadas à criança regras de limpeza e higiene, permitindo-lhe exercitar essas tendências anais, o controle dos esfíncteres se dará naturalmente (Freud, 1965).

Todo esse processo culmina na terceira fase, dos 30 aos 48 meses. Nesta fase, a criança deve finalmente adotar de maneira irrestrita as exigências ambientais quanto à limpeza, bem como se atinge o pleno controle dos esfíncteres.

3.3.4 Linha da irresponsabilidade à responsabilidade no controle corpóreo

A ideia apresentada nessa linha é de que no início o bebê “descarrega” sua agressividade em seu próprio corpo, mas com o desenvolvimento dirigiria a agressividade para o mundo externo. Com o tempo, a criança também perceberia que suas atitudes têm consequências no mundo externo, mas sem ainda ter um sentimento de culpa por danos causados.

Todo esse período difuso se estende até uma fase que vai dos 30 aos 48 meses, quando a criança adota voluntariamente normas de higiene e cuidados médicos (Freud, 1965).

3.3.5 Linha do egocentrismo ao companheirismo

A capacidade da criança interagir com seus pares depende de outras conquistas ao longo do desenvolvimento e tem sua primeira etapa no relacionamento com a mãe. Como dito anteriormente, a primeira relação de apego estabelecida pelo bebê se dá com aquele que o alimenta. Até os 5 ou 6 meses de vida o bebê só dirige sua atenção à mãe quando está incomodado por pressões corporais, como a fome. Porém, após este período, passa a buscá-la em outras circunstâncias e aproveita sua companhia, gosta de ser acariciado e de brincar, além de não gostar de ficar sozinho. O bebê “reage à presença da mãe e até mesmo ao seu humor de várias formas” (Freud, 1973a, p. 465, tradução nossa).

No segundo ano a relação com a mãe se tona mais forte e íntima. A criança não suporta a ausência da mãe, às vezes mesmo por curtos períodos, e reage negativamente a esta separação. O período de maior dificuldade para separar a criança de sua mãe, para ficar hospitalizada por exemplo, é entre 1 e 3 anos de vida. A hipótese de Anna Freud para tal fato é que neste período “ela [criança] já é muito diferenciada em seus laços de apego para ser capaz de aceitar o cuidado de qualquer outra fonte [e ao mesmo tempo,] ainda é muito imatura para entender a necessidade de sua estadia no hospital” (Freud, 1973a, p. 640, tradução nossa). A criança nessa fase também não brinca sozinha e chora quando a mãe sai do ambiente em que a criança está. Dormir à noite também se torna uma tarefa dura por esse mesmo motivo. Além disso, a relação entre mãe e criança é difícil, pois a criança a trata de maneira excitada e sem consideração, o que é típico da fase anal. Mas essa relação tende a melhorar e se tornar uma relação em que se dá e se recebe. A criança passa a não somente demandar satisfação, mas “começa a mostrar amor e afeição, fazer pequenos sacrifícios pela mãe, compartilhar comida com ela, ou presentear-lá” (Freud, 1973a, p. 466, tradução nossa).

Ao mesmo tempo, conforme cresce, a criança amplia essa relação que tem com a mãe para círculos maiores como irmãos, família e amigos. No início dessa ampliação do círculo de relacionamentos, as crianças tratam umas às outras como se fossem objetos sem vida ou uma peça do mobiliário até, aproximadamente, os dois anos. Nas observações de Anna de crianças de 7 a 15 meses, se há, por exemplo, uma criança com o cabelo ruivo, as outras crianças podem até se aproximar e tocar no cabelo, mas o interesse é no cabelo e não na outra criança. Da mesma forma, se uma criança está brincando, esbarra e derruba uma outra, ela não se importa e continua sua atividade – afinal o que caiu não é uma pessoa, mas um objeto e logo alguém virá levantá-lo (Freud, 1969). Nesta fase, os ursos de pelúcia são os brinquedos perfeitos. As crianças batem neles, jogam longe, abraçam, rasgam e a pelúcia está lá quando a criança a quer. Da mesma maneira, as crianças de 16 meses a 2 anos, ficam surpresas quando outra criança reage a alguma destas atitudes tomadas contra elas, já que para o agressor a outra criança é como uma pelúcia.

Este tipo de comportamento foi observado por Anna Freud nas crianças residentes em Hampstead. Um desses casos é de Rose, uma menina de 20 meses que, em determinada situação, ao ver as cuidadoras limpando o nariz de outra criança pegou um papel e passou a limpar os narizes das crianças ao redor, uma a uma, sem se preocupar se as outras crianças queriam ser submetidas a tal limpeza. Outro caso similar é o de Paul de 2 anos de idade que gostava de pentear os cabelos das outras crianças, mesmo que estas não gostassem. Havia apenas uma criança, Larry, que não se importava em ser penteada pelo garoto, e quando Paul fazia alguma criança chorar com sua insistência em pentear os cabelos “ele corria a pentear Larry antes de se dirigir à sua próxima vítima” (Freud, 1973b, p. 562, tradução nossa). Um terceiro caso é o de Freda, uma menina de 20 meses, que costumava empurrar outras crianças e sentar sobre elas. Após Freda ser repreendida, ela coletou alguns brinquedos, os empilhou e sentou sobre eles do mesmo modo como fazia com as crianças (*ibidem*).

A autora aponta que este tipo de interação entre as crianças é frequente nos momentos de alimentação, quando uma criança passa a alimentar a outra na ausência da cuidadora. Um dos casos deste tipo é o de Stella de 18 meses, que pegou a colher da criança sentada a seu lado na mesa, a enchia de comida, levava a colher a sua própria boca e depois colocava a colher vazia na boca da outra criança. Esses exemplos mostrariam, segundo a autora, que esse tipo de interação não leva em consideração a outra criança, mas é “puramente egoísta” (Freud, 1973b, p. 564, tradução nossa).

Na sequência a este período segue-se um no qual as outras crianças passam a serem aceitas como ajudantes por curtos períodos se tiverem interesses em comum. Esse novo período

dura aproximadamente dos 15 aos 30 meses. Aqui, o interesse é centrado na execução de uma tarefa e o ajudante neste caso é meramente incidental (Freud, 1969), ou seja a relação com outros da mesma idade acontece de forma a servir aos propósitos ou objetivos da criança. Assim que tais objetivos são alcançados o outro não é mais necessário. Nesse momento, duas ou mais crianças podem estar juntas em uma brincadeira ou no uso de um brinquedo, mas por vezes isso acaba em brigas. O interesse ainda não é na outra criança, mas no objeto ou objetivo da brincadeira. Num desenvolvimento posterior deste estágio, as crianças convidam, pedem e usam umas às outras para conduzir brincadeiras. Por exemplo, alguém interessado em construir um castelo pode sair em busca de parceiros para tal tarefa. Entretanto, o foco aqui ainda não é a amizade entre as crianças, mas, como dito, um interesse em comum. Por isso, assim que o objetivo da brincadeira é alcançado a parceria de desfaz e cada criança segue seu próprio caminho.

Esse tipo de vinculação fugaz diz respeito especificamente à interação com pares da mesma idade, já com adultos ou crianças mais velhas os vínculos podem ser de longa duração (Freud, 1973b). Entretanto, Anna Freud observou que especificamente no contexto das crianças institucionalizadas surgiam parcerias de maior duração, caracterizadas pela preferência em brincar com determinada criança ou expressão de tristeza quando um parceiro deixava a instituição (Freud, 1973b, p. 580).

Tal fenômeno foi descrito em casos de crianças de idade entre 15 e 22 meses. Neste mesmo contexto, também foram observadas atitudes positivas entre as crianças, como oferecer suporte, consolo e conforto. Se uma criança é agredida, por exemplo, outra pode oferecer-se para consolá-la, e em alguns casos esta atitude vem acompanhada de um gesto agressivo contra aquele que atacou a vítima. Os exemplos apresentados pela autora a este respeito cobrem uma faixa etária que vai desde os 21 meses aos 2 anos e 8 meses e relatam situações nas quais uma criança teve seu brinquedo subtraído por outra e uma terceira criança interveio para restituir o brinquedo e oferecer consolo à vítima.

As crianças também podem ser proativas em situações que não envolvem brigas. Em casos de crianças que variam em idade entre 19 meses e 2 anos, a autora apresenta situações nas quais uma criança ao tentar executar uma determinada tarefa sem sucesso era ajudada de maneira espontânea por outra criança.

Somente depois destas fases que a criança será capaz de fazer parcerias, perceber o outro como alguém que tem vontades próprias e estabelecer relacionamentos na base de igualdade e companheirismo. Isso deve ocorrer por volta dos 30 aos 48 meses. Aqui, a outra criança passa a ser alguém a quem se pode “admirar, temer, competir, amar ou odiar, se identificar, de quem

se conhece e se respeita os desejos, e com quem se pode compartilhar algo numa base de equidade” (Freud, 1965, p. 78, tradução nossa).

Além dos fenômenos acima que descrevem o caminho do egocentrismo à relação de mutualidade e respeito com pares, o ciúme e a inveja, sentimentos que podem levar a rompantes de raiva e agressões físicas, também são marcos de determinadas fases. Anna traz alguns exemplos desses fenômenos com crianças de idade entre 16 e 24 meses em situações em que há disputa por um brinquedo específico ou pela atenção de um adulto. Nestas situações as crianças podem morder, jogar objetos, puxar o cabelo *etc.*. Há também observação em crianças entre 2 e 3 anos de idade de comportamentos agressivos em relação a seus irmãos mais novos. Assim que um irmãozinho nasce, as crianças podem ter falas ou comportamentos hostis em relação a este e sabe-se de diversos casos em que houve de fato agressões físicas quando os irmãos são deixados sem a supervisão de um adulto (Freud, 1974b).

A autora aponta que a maneira como a criança que agride percebe as consequências de seus atos no mundo pode ser classificada em três fases. Na primeira, quando a criança está com aproximadamente 12 e 16 meses de vida, não há percepção do dano que os atos agressivos podem causar à outra criança. Num segundo momento, por volta dos 20 meses de vida, a criança percebe que machucou seu oponente, mas não se importa – e pode até regozijar-se com o resultado. Por fim, quando a criança já está com aproximadamente 27 meses de vida, o agressor pode se sentir responsável pelo dano causado e tentar reparar a situação após ser repreendido por um adulto.

O desenvolvimento da capacidade de se preocupar com o resultado das ações sobre o outro é relacionado, segundo Anna, ao desenvolvimento qualitativo dos processos mentais, especificamente à aquisição e uso do Processo Secundário entre os 18 e 24 meses de vida. Quando uma criança agride outro indivíduo antes dessa faixa etária, ela espera encontrar a vítima totalmente livre de danos após ter sido agredida, o que mostra um funcionamento baseado apenas na descarga de energia. Com o desenvolvimento de funções como a linguagem, o processo secundário passa a dominar em alguns momentos. Então, a criança alterna entre o processo primário e o secundário. Assim, essa mesma criança agressora pode demonstrar preocupação com os efeitos de sua agressividade e se mostrar preocupada com o outro.

3.3.6 *Linha do corpo ao brinquedo e do brincar ao trabalho*

Os primeiros objetos que a criança usa para brincar são seu próprio corpo e o corpo da mãe. A criança manipula seus próprios dedos, mãos, pés, o rosto da mãe, cabelo *etc...* No desenvolvimento normal, a criança passa deste período de manipulação de seu corpo e do corpo materno para um período em que se torna apegada a brinquedos – sendo a primeira categoria os brinquedos macios que são “usados para conforto, como uma alternativa para sentimentos amáveis e agressivos” (Freud, 1969, p. 330, tradução nossa). Aqui, a autora coloca a “passagem pelos objetos transicionais” (Freud, 1965, p. 64, tradução nossa), conceito emprestado de Winnicott (1975), como o fenômeno que descreve o que são tais brinquedos macios utilizados para conforto.

É somente após esse período que as brincadeiras construtivas se iniciam, como construir coisas, trenzinho, carrinho *etc...* O uso que a criança faz destes brinquedos também passa por diferentes momentos. No primeiro deles, a criança os utiliza apenas para jogá-los para longe, para fazer sujeira, são desmontados para satisfazer a curiosidade ou algo que é construído apenas pelo prazer da destruição que vem na sequência.

Todo esse modo, segundo Anna Freud, deve se transformar em brincadeiras providas de propósito, assim o que antes era usado para sujar passa a ser usado para construir, a curiosidade passa a ser satisfeita através da compreensão do funcionamento, a destruição pelo prazer de ter feito algo interessante de se ver e que satisfaça o que fora imaginado pela criança. Para a autora, esse processo é a base para a aquisição da capacidade de seguir planos e projetos, capacidades essenciais na vida adulta para trabalhar.

No que se refere aos três primeiros anos de vida, são apontadas as seguintes fases com seus respectivos marcos:

1. Dos 0 aos 7 meses: o próprio corpo e o corpo da mãe são instrumentos do brincar, sem uma diferenciação clara entre os dois corpos
2. Dos 7 aos 15 meses: a criança adota objetos como brinquedos sendo neste período o surgimento de preferência por um destes objetos
3. Dos 15 aos 30 meses: a ligação por um objeto específico de sua preferência é expandida a outros objetos para os quais a criança pode, eventualmente, dirigir sua agressividade.
4. Dos 30 aos 48 meses: o interesse por objetos macios se desvanece gradualmente. Agora, a satisfação que a brincadeira *per se* oferece é substituída pelo prazer de competir e completar tarefas.

3.3.7 Os Mecanismos de defesa como marcos do desenvolvimento

Alguns meios de se verificar o desenvolvimento infantil podem, a princípio, não parecerem óbvios. É o caso, por exemplo, do uso de mecanismos de defesa contra a aquisição de capacidades do ego.

Anna Freud nos conta que o ego se transforma desde os primeiros meses de vida de um aparato apenas de recepção de estímulos para um centro organizado no qual as informações são classificadas, gravadas, interpretadas e onde ações adequadas são tomadas. Todo esse processo envolve a aquisição de capacidades, sendo as essenciais segundo a autora: “teste da realidade interna e externa; construção da memória; a função sintética do ego; e o controle da motilidade” (Freud, 1973a, p. 29).

O desenvolvimento de todas essas capacidades do ego não está livre de consequente sofrimento. A capacidade de entrar em contato com a realidade, por exemplo, traz consigo a percepção de que o mundo exterior é cheio de ameaças, frustrações *etc.*. Então, assim que estas capacidades são adquiridas a criança tenta se livrar delas. A realidade externa passa a ser obstruída através do mecanismo de “negação” (*denial*); para se livrar das memórias e da consciência dos representantes das urgências do id faz-se uso da “repressão” (*repression*); substitui forças não bem vindas por seus opostos (*reaction formation*); substitui fatos dolorosos pela fantasia (*escape into fantasy life*); atribui ao outro as qualidades que não gosta em si mesmo (*projection*); e se apropria do que gosta nos outros (*introjection*).

Os retrocessos no desenvolvimento do ego, causados pelos mecanismos de defesa aplicados contra as ansiedades providas do próprio desenvolvimento do ego, devem, na saúde, serem superados no início do período da latência – período no qual o ego se fortalece e as ansiedades diminuem. Quando os mecanismos de defesa são aplicados em demasia, devido a ansiedades muito fortes, o desenvolvimento do ego é afetado e tende a ter deficiências permanentes.

A autora traz um exemplo do uso excessivo da negação em crianças que são confrontadas com a diferença óbvia entre os sexos. Frente à ansiedade que esta diferença pode causar, algumas crianças “podem renunciar ao teste de realidade e verem o que não está lá (por exemplo, pênis na mãe), ou ignorar o que está claramente visível” (Freud, 1973a, p. 32, tradução nossa).

A repressão se mostra presente quando a criança tem apagada de sua memória longos períodos de sua vida. Isso é comum em todas as crianças e é chamado de Amnésia Infantil, mas em alguns casos pode ser patológico, cobrindo mais do que os primeiros anos de vida. A este respeito a autora traz o exemplo de uma menina que não se recordava de dois anos inteiros do período de latência (*ibidem*).

O mecanismo de projeção da mesma maneira é benéfico ao processo da recém constituída capacidade de contato com a realidade, mas em excesso pode ser danoso. Crianças demonstram a projeção quando, por exemplo, atribuem seus próprios sentimentos, usualmente sentimentos ruins, a outras pessoas ou objetos. Neste sentido, Anna Freud traz o exemplo de uma menina que brincava com seu cavalinho de madeira e dizia que a cuidadora era “malvada” (Freud, 1973a, p. 34, tradução nossa) e que por isso seu cavalinho a morderia.

No caso da função sintética do ego, o mecanismo de defesa que representa seu avanço, mas que também pode colocar em xeque seu desenvolvimento, é o de cisão da personalidade (*splitting of the personality*). Uma criança pode, de maneira saudável, dar nomes para seu “eu bom” e seu “eu mau” sabendo que ambos são elas mesmas e mantendo algum senso de responsabilidade pelas ações dos dois. Já uma criança que se refira constantemente a seu “eu mau” como uma entidade totalmente separada dela, e não se responsabiliza pelo que esta entidade faz, está num estado de cisão patológico.

A capacidade de controle motor por sua vez pode ser prejudicada se esta função se tornar investida de simbologia sexual ou agressiva. Nesse caso, pode haver dificuldade ou atrasos no desenvolvimento motor fino e grosso. Anna Freud traz o exemplo de uma menina que não conseguia usar suas mãos para atividades rotineiras, e de um garoto que não usava facas por receio de cortar sua mãe. Apesar de, no caso desse garoto, ele evitar o uso da faca, essas tendências agressivas contra sua mãe apareciam em outros momentos e no uso de outros objetos como um espeto (Freud, 1973a).

Alguns distúrbios, por outro lado, não devem ser tomados como resultado da ação de mecanismos de defesa, mas como normais e esperados no desenvolvimento normal frente a capacidades recém adquiridas. Por exemplo, a influência mutua que o corpo e a mente exercem um sobre o outro seria considerada um distúrbio se se mantivesse após o primeiro ano de vida, mas antes desse período é apenas um indicador do modo de funcionamento do bebê, ou seja, nas palavras de Anna Freud, “um regime duplo que governa o funcionamento nesse período no qual o corpo e a mente do indivíduo interagem livremente: excitação física como a dor ou

desconforto podem ser descarregadas via estresse mental, enquanto excitação mental como a frustração, impaciência ou saudade podem encontrar seu escape via corpo, em distúrbios do sono, ingestão ou eliminação de alimentos” (Freud, 1981, p. 86, tradução nossa).

Anna também cita outros exemplo de distúrbios normais como a dificuldade para dormir que a criança começa a apresentar entre o primeiro e o segundo ano de vida, o fato de que o desenvolvimento motor acontece mais rapidamente do que o senso de perigo, o que exige do ambiente uma postura protetiva, a susceptibilidade da alimentação à qualidade do relacionamento com a mãe, as birras como uma manifestação motora do descontentamento num momento no qual a fala e outras formas de expressar frustração e raiva ainda não são plenas *etc.*

Tabela 1
Marcos do desenvolvimento em Anna Freud

Item	Início (mês)	Marco	Fim (mês ou período)
1	0	Sexualidade oral, dependência ávida em relação à mãe ou cuidador principal. Agressividade oral, usa os dentes ou gengiva para, por exemplo, morder o seio.	18
2		Só busca o meio quando está incomodado por pressões instintuais, como fome, frio <i>etc...</i> Manipula ou brinca com seu próprio corpo ou com o corpo da mãe.	6
3	0	Gritar para expressar raiva	Até falar
4	0	Morder para expressar agressividade	Até andar
5	2	O bebê é desmamado	7
6	6	Gosta de interagir com a mãe, reage à presença dela e prefere estar acompanhado.	...
7	7	Bebê começa a poder se alimentar sozinho, eventualmente usa talheres	15
8		Adota um objeto macio com o qual interage da mesma maneira que o fazia com o corpo materno nos meses anteriores	
9	12	Não percebe os danos que sua agressividade pode causar a outras crianças.	20
10		Não suporta e reage negativamente à separação da mãe, não brinca sozinha, a separação na hora de dormir também causa estresse, não aceita substitutos da mãe. Trata a mãe de maneira excitada e sem consideração, entretanto demonstra afeto através de gestos como dar comida a ela ou presentear-lá.	36
11		Início da interação com outras crianças, que pode ser da mesma espécie como se dá com objetos inanimados ou não	30
12	15	Já é capaz de se alimentar com talheres, ainda que sem total maestria	
13		As outras crianças passam a servir como “ajudantes” para que se atinja um objetivo, e são descartadas assim que tal objetivo é alcançado	
14		Surge rivalidade e inveja em relação a outras crianças	
15		O apego a um objeto específico, como um objeto transicional, se desvanece e passa a demonstrar interesse por uma gama maior de objetos	
16		Percebe que sua agressividade pode machucar os outros, mesmo que não tente reparar os danos causados	...
17		Busca o meio independentemente de estar com alguma necessidade instintual, como fome, frio, <i>etc...</i>	48

Item	Início (mês)	Marco	Fim (mês ou período)
18	18	Início da constância de objeto	36
19	20	Percebe o dano que sua agressividade causa em outras crianças, mas não se importa e pode até se regozijar do dano causado.	26
20	24	Sexualidade anal, possessividade em relação à mãe ou cuidador principal. Agressividade anal, agressividade, destrutividade, arrogância, possessividade, chutar, socar, rasgar e cuspir (Freud, 1973a). O uso agressivo das fezes é aceitável como normal neste período.	...
21		A criança é capaz de se defender de agressões proferidas por pares	3
22		Criança passa a se interessar por substâncias pastosas ou maleáveis como massinha e pode eventualmente manipular as próprias fezes ou oferecê-las à mãe.	30
23	30	Criança adota regras de higiene e é capaz de controlar os esfíncteres	48
24		Assume como própria a necessidade de higiene e cuidado com seu corpo	
25		Começa a fazer parcerias com outras crianças	
26		Compreende que as outras crianças são seres dotados de vontade própria	
27		Os objetos macios deixam de ter importância de maneira gradual e a satisfação passa a estar ligada à capacidade de concluir tarefas	
28		Percebe que sua agressividade causou dano ao outro e, após repreensão por um adulto, tem atitudes de reparação como pedir desculpas	
29	36	Sexualidade fálica, atitude protetora em relação à mãe ou cuidador principal	48
30		Criança é capaz de comer sozinha à mesa, se servir e servir os pares	...

4 O Desenvolvimento Perturbado ou Interrompido

Neste capítulo serão apresentadas algumas ideias e orientações de Anna Freud a respeito do uso das Linhas do Desenvolvimento, por exemplo, quando uma perturbação no avanço das linhas é normal ou esperada e quando tal perturbação deve ser motivo de preocupação. Também serão discutidas algumas diferenças que Ana encontrou entre o desenvolvimento de crianças institucionalizadas e aquelas criadas no seio familiar. Por fim, apresenta-se, de acordo com Anna, quais aspectos de sua teoria ela foi capaz de confirmar através de seu trabalho com as crianças de Hampstead.

4.1 Atrasos no desenvolvimento

Uma observação importante quanto à dinâmica da evolução em cada Linha do Desenvolvimento bem como à relação entre elas diz respeito aos avanços, atrasos e/ou retrocessos no desenvolvimento. Anna Freud aponta que as Linhas são interdependentes de maneira que os avanços em cada uma devem ocorrer concomitantemente. Ela exemplifica isso dizendo que:

[...] uma criança que alcançou um estágio específico na sequência de desenvolvimento emocional (por exemplo, constância de objeto), deveria ter chegado também aos níveis correspondentes em seu crescimento em direção à independência corporal (tal como controle urinário e fecal, desinvestimento da relação mãe-comida) (Freud, 1976, p. 85, tradução nossa).

Assim, mantendo este pensamento, se avaliarmos o desenvolvimento de uma criança conforme o Tabela 1 acima, espera-se que seu desenvolvimento avance de maneira homogênea dentre os diversos aspectos observados dentro de uma mesma faixa de idade. Por exemplo, entre os 15 e os 30 meses é esperado que uma criança já seja capaz de se alimentar com talheres e que também se dê conta de que seus atos agressivos causam danos ao outro ou ao ambiente. Entretanto, Anna Freud indicou que é possível, e às vezes necessário, que haja regressão em um aspecto ou outro no desenvolvimento normal. Por exemplo, "o treino do banheiro não é adquirido de uma vez, mas leva muitas idas e vindas em uma série interminável de sucessos, relapsos, acidentes *etc...*" (*ibidem*, p. 99, tradução nossa). Além disso, as regressões podem ocorrer devido a fatores estressantes como o cansaço ao final de um dia na escola. Nesse caso, crianças que, por exemplo, apresentaram uma forma de brincar construtiva, podem, no final do dia, voltar a formas de brincar dominadas pelos impulsos, com bagunça e agressividade.

Estas observações de Anna são importantes porque relativizam os acontecimentos no desenvolvimento infantil. Isso é um aspecto essencial, por exemplo, para avaliar a necessidade ou não de intervenção terapêutica.

4.2 Discrepâncias entre a observação direta e a teoria

Apesar de que Anna Freud tenha se baseado no arcabouço teórico existente até então para guiar sua observação direta de crianças, e, como será apresentado no próximo item, tenha obtido confirmação para alguns pontos da teoria, ela encontrou em alguns casos discrepância quanto à sequência temporal, ou cronológica, que a teoria previa para que determinado fenômeno se apresentasse no comportamento da criança.

A inveja do pênis, por exemplo, que de acordo com a teoria psicanalítica seria evidente durante a fase fálica, pôde ser observada em crianças muito mais novas - entre 18 e 24 meses. Ainda assim, a autora aponta que essa diferença poderia ser devida à exposição precoce a crianças de outro sexo à qual as crianças institucionalizadas estavam submetidas (Freud, 1973a). Isso talvez aponte também para o quanto o desenvolvimento emocional está sujeito à influência do contexto ambiental que a criança está inserida. Apesar da explicação dada por Anna Freud para este fenômeno específico, ela reporta que, por outro lado, “é mais difícil explicar o porquê em alguns casos os infantes demonstraram reações de nojo antes do treino do toalete ter começado, assim como reações de vergonha muito antes que o exibicionismo tenha tomado lugar (Freud, 1973a, p. 158, tradução nossa).

Apesar dessas discrepâncias, no último volume de suas obras completas, Anna Freud destaca que um dos fatores necessários para o desenvolvimento normal é que este ocorra de maneira mais ou menos ordenada, de acordo com uma linha temporal. Nesse sentido, espera-se que as diversas facetas, ou linhas, do desenvolvimento avancem de maneira relativamente simultânea – sem grandes diferenças entre elas e obedecendo uma certa ordem. Como exemplo Anna Freud diz: “Impulsos orais canibalísticos têm seu ápice antes que haja um ego organizado, e certamente antes que haja um superego que os barre” (Freud, 1981, p. 106, tradução nossa). Assim, para a autora, deve-se considerar a cronologia proposta pela teoria e propor explicações para os casos nos quais alguma discrepância ocorra.

4.3 Diferenças no desenvolvimento de crianças institucionalizadas

A experiência de Anna Freud na clínica Hampstead possibilitou, dentre outras coisas, que ela apontasse as diferenças no desenvolvimento de crianças institucionalizadas em relação àquelas que recebiam cuidados em casa. A análise dessas diferenças no desenvolvimento se deu a partir da consideração de quatro aspectos: (1) controle muscular, (2) desenvolvimento da fala, (3) treino do banheiro e (4) alimentação. As diferenças encontradas foram quantitativas, sendo que o controle muscular e a alimentação se desenvolveram mais rapidamente na instituição, enquanto a fala e treino do banheiro ficaram atrasados quando a mãe não está presente. Mesmo assim, todas as crianças, independente do contexto observado, vão alcançar excelência em todos esses aspectos (Freud, 1973b).

Este cenário, entretanto, não se mantém no que diz respeito ao desenvolvimento emocional. Obviamente todas as crianças, independentemente do contexto, têm as mesmas necessidades emocionais, assim, segundo a autora, uma importante necessidade instintual que diz respeito ao apego à figura materna “fica mais ou menos não satisfeita” (Freud, 1973b, p. 560, tradução nossa) no contexto institucional.

A autora observou que durante o primeiro semestre de vida o desenvolvimento das crianças institucionalizadas se mostra na maioria das vezes melhor do que as que vivem com suas famílias. Isso se deve, segundo Anna, ao fato de que na instituição as crianças tinham uma gama nutricional maior, com mudanças na dieta sempre que necessário e maior higiene tanto nos cuidados quanto na preparação dos alimentos. Ainda assim, a autora destaca que a alimentação pelo seio materno é melhor do que a por mamadeira. A esse respeito, ela diz que “os melhores resultados são encontrados em bebês que são alimentados por suas próprias mães na clínica” (Freud, 1973b, p. 545, tradução nossa).

Entretanto, esse cenário muda a partir do segundo semestre. O aspecto gritante que diferencia os bebês da instituição daqueles criados em casa é a vivacidade e melhor resposta social que estes apresentam. Além disso, o bebê criado em casa é mais ativo na exploração do ambiente, por exemplo no interesse em alcançar objetos e no brincar ativo. Também demonstra maior interesse em observar e seguir os movimentos das pessoas ao redor e são mais responsivos ao entrar e sair de pessoas no ambiente.

A hipótese de Anna Freud para este último aspecto, sobre o interesse do bebê nas pessoas que chegam e saem, é que isso se deve ao fato de que a reduzida quantidade de pessoas em seu

círculo de convívio as torna conhecidas para ele e, assim, dizem respeito a ele de algum modo (Freud, 1973b). De maneira oposta, na instituição, o bebê não é capaz de reconhecer as várias pessoas devido à sua limitada capacidade em internalizar e diferenciar tantas personalidades diferentes.

Nesse interim, Anna Freud exemplifica o desenvolvimento socioemocional através do fenômeno da imitação que, segundo a autora, deveria iniciar por volta do 8º mês de vida, mas que sofre atraso no bebê institucionalizado. De acordo com a autora, para que esse fenômeno ocorra é necessário que o bebê tenha contato frequente e próximo com um adulto e que tal contato não seja “dividido entre vários adultos como é o caso da instituição” (Freud, 1973b, p. 546, tradução nossa).

Para Anna Freud, essa defasagem a partir do segundo semestre de vida se dá pelo fato de que nesse período as necessidades emocionais se tornam tão importantes quanto as necessidades corporais do bebê. Isto é, até o sexto mês as necessidades emocionais poderiam ser supridas através das interações durante a alimentação, banho *etc.*, mas após esse período cresce a necessidade por interações mais complexas para além desses momentos de cuidado corporal.

Por outro lado, outra forma de contato emocional, o contato com pares, é estimulado mais cedo na instituição. No contexto residencial, este contato só se dá após a relação mãe-criança estar bem estabelecida. A relação com irmãos no contexto residencial só se daria na medida em que estes se apresentam como ajudantes ou parceiros para brincadeiras, e os afetos seriam sempre mediados pela relação da criança com os pais. Nesse sentido, os afetos direcionados aos irmãos seriam mais do tipo ciúme e ódio gerado pela rivalidade em relação à conquista do amor dos pais (Freud, 1973b).

Por fim, além das diferenças no desenvolvimento, o trabalho nas instituições, em especial o trabalho com crianças evacuadas devido à guerra, confirmaram para Anna alguns de seus pressupostos básicos (Freud, 1973a, p. 514). Tais confirmações foram:

1. Que a partir dos 6 meses de vida a ligação do bebê com a mãe não tem importância somente pelo fato da sobrevivência biológica, mas também pela relação em si, pela necessidade de afeto *etc.* A quebra da ligação entre mãe e bebê neste momento traz mais prejuízos do que nos primeiros meses.
2. A criança desenvolve algumas funções, como fala, controle muscular e funções excretoras a partir de uma conexão próxima com a mãe ou cuidador primário. Se esta

ligação é quebrada, as funções recém adquiridas sofrem uma regressão em seu desenvolvimento, ao menos temporariamente.

3. O desenvolvimento moral das crianças depende da relação com seus pais adotivos. Se esta relação é frágil, a criança volta a estágios amorais do desenvolvimento.

Parte II - Anna Freud e os Marcos do Desenvolvimento Atuais

5 Proximidades e Distâncias entre as Propostas de Anna Freud de e Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento

Neste capítulo, primeiramente serão apresentados os instrumentos de avaliação selecionados para compor a discussão com os marcos do desenvolvimento apontados por Anna Freud, e então será feita a discussão de fato, apontando as proximidades e distanciamentos entre eles. Os marcos em Anna Freud a serem analisados aqui são aqueles sintetizados na Tabela 1.

5.1 Aspectos gerais da proposta de diálogo entre Anna Freud e outras perspectivas desenvolvimentistas

Durante a construção e validação de instrumentos de avaliação, seja em psicologia ou em outras áreas, são utilizadas algumas ferramentas para certificar que a escolha dos itens a serem observados pelo instrumento não tenha sido arbitrária, bem como para validar a capacidade de tal instrumento de quantificar o que ele se propôs e até mesmo de sua capacidade de fazer prognósticos. Algumas dessas ferramentas são, por exemplo, o julgamento de juízes e os diversos tipos de validação. Apesar de a proposta da presente pesquisa não ser fazer a validação de qualquer instrumento, a compreensão desses métodos servirá como referência para atingir os objetivos aqui propostos. Nesse sentido, especificamente a Validação de Conteúdo (VC) é a que melhor atende a este papel.

A definição de Validade de Conteúdo dada por Rogers é que ela se refere ao “grau em que um teste mede o que pretende medir” (1995, p. 25). Através da VC pode-se determinar, por exemplo, se os itens de determinado teste são representativos do domínio que estiver sendo explorado. No caso desta pesquisa, o domínio explorado é o DSE infantil e os itens são os marcos deste desenvolvimento apresentados por Anna Freud. Dentro desse domínio estão contidos diversos constructos, ou seja, aspectos do processo de desenvolvimento que não podem ser observados diretamente, mas que, em alguns casos, podem ser mensurados indiretamente através de comportamentos ou marcos. De acordo com Urbina “um constructo [ou variável latente] é qualquer coisa criada pela mente humana que não seja diretamente observável... uma variável latente é uma característica que presumivelmente subjaz a um fenômeno observado, mas não é diretamente mensurável ou observável” (2007, p. 125).

A VC visa justamente verificar se os comportamentos representados através dos itens de determinado teste são de fato representativos das variáveis latentes que se pretende explorar. Então, um dos primeiros obstáculos na construção de um teste é o de “encontrar itens que sejam

sensíveis aos sinais das áreas de comportamento que são significantes em termos práticos e teóricos” (Loevinger, 2011, p. 645). A possibilidade de utilizar os marcos apontados por Anna Freud para a avaliação do DSE infantil esbarra, entre outras coisas, nesse ponto. Isto é, não foi realizado um processo de validação que permita afirmar que tais marcos são representativos do processo de DSE ou mesmo de constructos específicos.

Nesse contexto, aproximar os marcos em Anna Freud com aqueles trazidos pelos testes de avaliação do DSE infantil, que já são instrumentos devidamente validados, poderia conferir à teoria da autora, além das contribuições para ambos os campos, como já destacado anteriormente nos objetivos desta pesquisa, um vislumbre do grau de validade de tais marcos.

Tomar a VC como base para realizar esta etapa da pesquisa se adequa tanto à ideia de isomorfismo funcional quanto à maneira proposta por Fulgencio & Barreta (2017, material a publicar) para superar a limitação imposta pela diferença na linguagem em sistemas teóricos díspares, ou seja, de que este diálogo seria possível se feito entre os fenômenos aos quais os conceitos teóricos que cada sistema se refere. Em suma, se buscará compreender se os marcos em Anna Freud são fenômenos representativos do DSE, que é justamente a intenção de um processo de VC, através da constatação ou não de isomorfismos funcionais entre eles e os marcos apontados pelos instrumentos de avaliação do DSE infantil.

5.2 Marcos do desenvolvimento nos instrumentos de avaliação e sua proximidade com os marcos em Anna Freud

Neste item, cada instrumento de avaliação selecionado será tratado separadamente, apresentando-se primeiramente suas características principais. Após essa apresentação do instrumento, será feita a aproximação dos marcos do instrumento com aqueles apontados por Anna Freud.

A partir do método, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados os seguintes instrumentos: (1) Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (**IRDI**) (Kupfer et al., 2009); (2) Denver Developmental Screening Test 2 (**Denver-2**) (Frankenburg, Dodds, Archer, Shapiro, & Bresnick, 1992) e (3) Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition (**ASQ:SE-2**) (J. Squires, Bricker, & Twombly, 2015).

5.2.1 *IRDI*

Os IRDIs constituem um instrumento construído e validado no contexto nacional a partir de uma amostra de bebês de 0 a 18 meses de vida e seus cuidadores. A finalidade dos IRDIs não é diagnóstica, mas de apontar se há risco psíquico no infante. Este instrumento tem uma posição privilegiada aqui, pois sua construção partiu justamente de pressupostos psicanalíticos, especificamente nas teorias de Winnicott e Lacan. Em sua construção, diferentemente desta pesquisa, não foi utilizado o método de revisão bibliográfica em tais autores para construir os itens do instrumento, mas sim a consulta a especialistas da área. Por outro lado, uma tese¹² de 2010 seguiu o caminho inverso apontando as bases teóricas dos IRDIs.

O IRDI traz 15 itens com poder preditivo para risco psíquico divididos em faixas de idade que vão do nascimento aos 18 meses de vida do bebê. A seguir apresenta-se, em ordem cronológica de acordo com a divisão do próprio IRDI, qual o ponto central de avaliação de cada item bem como sua aproximação com Anna Freud.

¹² Para saber mais, ver Pesaro (2010).

5.2.1.1 Do nascimento aos 4 meses de vida

Nesta primeira faixa de idade, o IRDI avalia a capacidade da mãe de compreender o que seu bebê quer; se a mãe se dirige ao bebê de uma maneira particular, por exemplo, com uso do “manhês” e se o bebê por sua vez reage a este estilo de comunicação; se a mãe respeita o tempo de resposta do bebê aos estímulos enviados por ela; e se há troca de olhares entre os dois.

Estes itens falam, em suma, a respeito da relação mãe-bebê. Sendo esta relação uma via de mão dupla na qual os comportamentos da mãe eliciam respostas no bebê e comportamentos do bebê geram respostas na mãe. O que se mede aqui é a qualidade desta relação através da presença ou ausência destes indicadores. Assim, por exemplo, uma mãe que não utilize um padrão de voz especialmente elaborado para falar com seu bebê ou um bebê que, mesmo na presença de tal padrão de voz, não responde a esse, podem ser indícios de risco psíquico para o infante.

Nos marcos apresentados por Anna Freud, a questão da relação mãe-bebê não aparece da mesma maneira que nos IRDIs. Como exposto ao longo da pesquisa, a autora toma como ponto de partida a teoria do desenvolvimento da libido. Assim, Anna Freud mantém presente em seu pensamento que a busca pelo meio é basicamente para satisfação de necessidades instintuais, ou seja, a relação do bebê para com a mãe é pautada pelos impulsos deste – sejam agressivos ou sexuais, orais ou anais. Isso é encontrado nos itens 1, 2 e 4, por exemplo. Ainda que a partir do 6º mês de vida (cf. item 6) haja algum indício de que existe algo mais na relação mãe-bebê do que apenas a satisfação instintual, é apenas a partir do 15º mês que há claramente a indicação de que isso é um fato, já que o bebê passa a buscar o meio (a mãe) não apenas nos momentos de satisfazer suas pressões instintuais.

5.2.1.2 Dos 4 aos 8 meses de vida

Nesse período, os IRDIs avaliam a capacidade de o bebê se ajustar ao ritmo do meio; de expressar suas necessidades de maneira mais elaborada, por exemplo por meio de sinais; o início da compreensão por parte do bebê de que há uma latência entre sua demanda e o atendimento desta e o aumento da complexidade da comunicação verbal empregada pela mãe com seu bebê.

Dessas capacidades, encontra-se referentes em Anna Freud apenas para a capacidade de o bebê se expressar de maneiras mais elaboradas. A autora toma como marco a passagem do “gritar” para expressar as emoções para a comunicação verbal (item 3 da Tabela 1), entretanto não aponta um momento específico no tempo para tal passagem.

Tomando como ponto de partida os marcos em Anna Freud, há também aspectos que não estão presentes nos IRDIs nessa faixa etária, sendo eles: a expressão por parte do bebê de que ele aprecia a presença da mãe e que tem reações negativas quando ela se ausenta; lampejos do início da capacidade para se alimentar sozinho e a adoção de um objeto macio com o qual interage da mesma maneira como fazia com o corpo materno em estágios anteriores.

5.2.1.3 Dos 8 aos 12 meses

Os IRDIs indicam aqui a crescente capacidade de o infante expressar suas vontades e gostos além de considerar a expansão dos tipos de alimentos aceitos por ele (semissólida, sólida e variada).

Como analisado no item anterior, Anna Freud considera a forma de o infante se expressar ao considerar a passagem da expressão por meio de gritos para a expressão por meio da verbalização.

Já a alimentação é um aspecto importante em todo o quadro teórico da autora, sendo esse o aspecto que constitui uma das Linhas do Desenvolvimento, a que relata o processo que vai desde a alimentação dependente até a alimentação autônoma com o uso de talheres. Entretanto, Anna não considera o tipo de alimento aceito pelo infante, mas, como dito, a maneira como ele se alimenta, pois isso estaria ligado à autonomia da criança e, portanto, à possibilidade de que ela seja inserida em um ambiente escolar.

No caminho inverso, partindo da teoria de Anna Freud, há nesse período a investigação da capacidade da criança de perceber os danos que sua agressividade pode causar a outras pessoas, sendo que isso não será estabelecido antes dos 15 meses de vida. Considera-se nesse período também a dificuldade em separar a criança de sua mãe e o início da interação com outras crianças, sendo essa interação ainda de um tipo que não considera os outros como portadores de vontades próprias, mas como meros objetos.

5.2.1.4 Dos 12 aos 18 meses

Aqui os IRDIs consideram o crescente afastamento da mãe dos cuidados da criança e reaproximação de suas tarefas de cuidados pessoais, profissionais, domésticos *etc.*. Com isso também é apontado pelos IRDIs que a mãe não se sente mais “tão obrigada” a atender a todos os pedidos da criança e os pais colocam pequenas regras de comportamento para ela. Ao encontro com o crescente afastamento da mãe, a criança também passaria a suportar mais a ausência da mãe, por períodos mais longos.

Como exposto no item anterior, para Anna Freud o período que vai dos 12 aos 36 meses é marcado pela reatividade extremamente negativa da criança em relação à ausência da mãe. Esse período apontado pela autora abrange vários meses, o que pode deixar a análise de tal fenômeno prejudicada já que não detalha os acontecimentos em faixas mais curtas de tempo. Nesse sentido, o IRDI ao indicar que entre os 12 e os 18 meses a criança deve mostrar sinais de maior aceitação da ausência materna permite uma classificação um pouco melhor desse aspecto do desenvolvimento.

Fazendo o caminho contrário, com Anna Freud como ponto de partida, há vários itens que não têm referentes no IRDIs, sendo eles do item 12 ao 18.

5.2.2 *Denver II*

A Denver II é a escala de triagem para riscos no desenvolvimento infantil mais utilizada no Brasil, além de ser utilizada também em diversos outros países (Santos, Araújo, & Porto, 2008; Souza & Leone, 2008). Sua padronização para a população nacional foi feita por Drachler *et al.* (2007) com uma amostra de 3.389 crianças. Composta por 125 itens, ela avalia quatro áreas do desenvolvimento desde o nascimento até os 6 anos de idade, sendo elas: desenvolvimento Motor Grosso, desenvolvimento da Linguagem, desenvolvimento Motor Fino-adaptativo e desenvolvimento Pessoal-Social. Esta última é a que interessa a esta pesquisa e é composta por 25 itens a serem observados no infante.

Os 25 itens da escala Pessoal-Social da Denver II se distribuem numa linha temporal que vai do nascimento a aproximadamente 5 anos de idade. A partir de uma análise a respeito do que cada item dessa escala se propõe a avaliar, foi possível agrupá-los da seguinte maneira: (1) itens que avaliam a percepção de si, dos outros e dos objetos; (2) itens que avaliam a qualidade das interações sociais, autonomia e capacidade de se expressar; (3) itens que avaliam a capacidade de compreender normas e de atender a pedidos e (4) jogo simbólico. Esse agrupamento dos itens pela similaridade dos campos que cada um avalia foi realizado com o intuito de facilitar a aproximação deles aos marcos em Anna Freud.

A seguir, apresenta-se uma síntese dos 25 itens a partir desse método de agrupamento com a finalidade de apontar para os principais focos de avaliação em cada faixa etária, bem como promover a aproximação com Anna Freud.

Os itens do primeiro grupo se distribuem pela faixa etária que vai do nascimento a aproximadamente os 6 meses. Tais itens dizem respeito, por exemplo, à percepção de si mesmo, do outro e de objetos inanimados. Nesse período, Anna Freud faz referência ao interesse do bebê em relação ao próprio corpo e ao da mãe ao citar (ver item 2 da Tabela 1) o fato de que o bebê manipula fisicamente a si mesmo e à mãe. O Denver II faz isso ao investigar se o bebê observa os próprios membros.

O comportamento exemplar da percepção de objetos na Denver II se refere à iniciativa do bebê de tentar alcançar um objeto. Anna Freud não se refere a este fenômeno específico com relação à interação do infante com objetos, mas aponta que por volta dos 7 meses o bebê adota um objeto como preferido, com o qual ele irá se relacionar da mesma maneira como fazia com o corpo materno.

A percepção do outro no Denver II está relacionada, de acordo com a classificação feita nesta pesquisa, por exemplo, ao comportamento de observar o rosto de outras pessoas. Em Anna Freud, pode-se ter uma ideia de como se daria a percepção do bebê de outras pessoas pelo modo como ele se relacionaria com elas, ou seja, conforme item 2 da Tabela 1 este relacionamento seria pautado apenas nas necessidades instintuais.

O segundo grupo contempla fenômenos como jogar bola com um adulto (interação), comer sozinho (autonomia) e demonstrar as vontades sem chorar (expressão). Aqui há um importante ponto de convergência com Anna Freud, pois a alimentação, e mais especificamente a capacidade de se alimentar sozinho, é um indicador *sine qua non* do nível de autonomia necessária para que a criança possa ingressar na vida escolar. Na escala Denver espera-se que até aproximadamente 6,5 meses de vida 90% dos bebês já seja capaz de se alimentar sozinho, depois aproximadamente com 20 meses a maioria das crianças já será capaz de se alimentar com talheres e finalmente por volta de 5 anos deverá ser capaz de preparar uma refeição simples (como um leite com chocolate, por exemplo). Anna Freud dedica uma das Linhas do Desenvolvimento justamente à capacidade de autonomia durante a alimentação (itens 5, 7 e 12 da Tabela 1).

Também foram alocados nesse segundo grupo itens que dizem respeito à higiene e cuidados pessoais, como escovar os dentes, lavar as mãos e se vestir sozinho – todos como indicadores de autonomia. Anna aborda a questão da higiene e cuidados pessoais ao falar sobre a aquisição da capacidade de controle dos esfíncteres e responsabilidade pelo cuidado com o corpo no geral (itens 23 e 24 da Tabela 1).

Os itens que abordam a interação do infante com cuidadores e pares também encontram algumas convergências com Anna Freud. Nessa categoria, na Denver investiga-se, por exemplo, jogos interativos (jogar bola, bater palmas, *etc.*), gestos sociais (como “dar tchauzinho”) e ainda a maneira que a criança se dirige aos seus pares. A interação com a mãe é citada por Anna ao dizer que o bebê aprecia a presença da mãe e reage negativamente à sua ausência (item 6 da Tabela 1). Já a interação com pares é mais detalhada pela autora, pois esta apresenta os diversos estágios que uma criança passa até ser capaz de estabelecer relações de amizade nas quais reconhece o outro como um ser autônomo, dotado de vontades próprias, e não apenas um objeto ou ajudante descartável após completar uma empreitada (ver itens 11, 13, 25 e 26 da Tabela 1).

Finalizando o segundo grupo, as diversas maneiras que o infante se expressa são tratadas nos itens 3 e 4 da Tabela 1, sendo que ambos não indicam uma idade para que comportamentos menos evoluídos de expressão emocional (gritar e morder) sejam substituídos por meios mais evoluídos. Ao invés disso, indicam um fenômeno do desenvolvimento físico, falar e andar respectivamente, como marcos do momento no qual essa mudança deve ocorrer. Nesse mesmo sentido, na Denver a capacidade de expressão é avaliada pelo fato de o infante ser capaz ou não de “indicar o que quer” quando está aproximadamente entre os 6 e os 12 meses de vida. Entretanto, assim como em Anna, não é investigado de maneira mais detalhada como esse comportamento evolui, por exemplo, quando o infante se torna capaz de utilizar ao menos duas palavras para pedir algo.

O terceiro grupo apresenta fenômenos como ajudar em casa e jogar jogos de regras. Em Anna Freud, a adoção de regras não é tratada no contexto de brincadeiras, mas entende-se que no início o infante segue regras devido à exigência do meio e, gradativamente, essa demanda seria incorporada e aplicada a partir de si mesmo (ver item 23 da Tabela 1).

Finalmente, para o quarto grupo, que diz respeito ao surgimento do jogo simbólico, não se encontrou isomorfismos com os marcos em Anna Freud.

5.2.3 ASQ:SE-2

O ASQ:SE-2 é um instrumento de rastreio construído na universidade de Oregon (J. K. Squires, Bricker, & Twombly, 2002), e indicado pela Academia Norte-Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics) para avaliação de crianças e bebês (Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., e Potter, 2009). É derivado do ASQ-III (Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., e Potter, 2009), que abrange não somente o aspecto socioemocional como também o desenvolvimento motor, da linguagem e cognitivo. Ambos instrumentos têm como base as teorias de Jean Piaget e Arnold Gesell.

Entre os anos de 2010 e 2012 o ASQ:SE-2 e o ASQ-III foram utilizados pela prefeitura do Rio de Janeiro como instrumentos de rastreio no acompanhamento do desenvolvimento de crianças usuárias das creches municipais ou conveniadas, no intuito de definir políticas públicas para a faixa etária pré-escolar (Dourado, 2007; Oliveira, M.A., Furtado, R.A., Souza, T.N., Carvalho, 2003). Esse estudo envolveu uma grande campanha na qual diversos profissionais, incluindo professores e assistentes sociais receberam treinamento para aplicar o ASQ. É possível inclusive acessar através do site da prefeitura do Rio o manual de aplicação deste instrumentos elaborado para os profissionais brasileiros (“Manual de uso do ASQ-3: Guia rápido para aplicação do ASQ-3,” 2010). Aqui, nesta pesquisa, será utilizada essa versão, e mais especificamente o ASQ:SE-2, e não o ASQ-III, já que o primeiro aborda apenas o aspecto do desenvolvimento que nos interessa, ou seja, o socioemocional.

Assim como no instrumento anterior, aqui também foi possível, e útil, classificar os diversos itens em categorias que facilitam uma apreensão geral dos temas abordados em cada etapa do desenvolvimento. Além disso, esta classificação fora ainda dividida em dois subgrupos: um que contém apenas categorias de itens que falam apenas a respeito de dificuldades no desenvolvimento, e outro grupo que contém categorias de itens a respeito de conquistas ou avanços esperados no desenvolvimento infantil. No primeiro subgrupo foram incluídos itens a respeito de: presença de comportamentos vinculados à expressão de Afetos Negativos, problemas Digestivos, comportamentos de Hétero e Autoagressividade e Indicadores Psicopatológicos Específicos (ex.: movimentos repetitivos, pica *etc.*). Já no segundo grupo estão: capacidade do infante de Autoregulação, aceitação de Contato Físico, qualidade da Interação (seja ela por meio de gestos, sons, toque ou olhar), capacidade de Expressão (podendo ser, no início, através de gestos e sons e então, a partir dos 12 meses, a Linguagem Expressiva), qualidade da Alimentação (inclui qualidade e aproveitamento do momento de amamentação tanto para o bebê quanto para o cuidador, aceitação de alimentos

etc.), qualidade e quantidade de Sono, capacidade de Vinculação (apego) bem como de estranhamento frente a pessoas desconhecidas, demonstração de Interesse pelo Mundo Externo (seja por comida, sons, objetos ou pessoas), Linguagem Receptiva (através da compreensão de comandos ou de normas), Jogo Simbólico e a Capacidade Atencional.

Sendo o foco desta pesquisa o desenvolvimento saudável, a aproximação desse instrumento com Anna Freud se dará a partir do segundo grupo. A seguir, apresenta-se essa aproximação seguindo as divisões etárias do ASQ:SE-2 bem como as categorias apresentadas acima.

5.2.3.1 De 1 mês a 2 meses e 30 dias

O primeiro aspecto avaliado nesta faixa etária diz respeito à capacidade de Autoregulação do bebê, ou seja, o quanto o infante é capaz de voltar a um estado homeostático após um momento em que fora dominado por algum afeto negativo. Isso é avaliado por exemplo, no ASQ:SE-2, verificando-se quanto tempo o bebê leva para se acalmar sozinho e se utiliza algum recurso para isso (como chupar o dedo). Anna Freud não chegou a explorar ou citar esse aspecto do desenvolvimento.

O segundo aspecto diz respeito à aceitação do bebê por contato físico e como o corpo do bebê se apresenta para a mãe, isto é, se o corpo do bebê é relaxado quando pego no colo. Anna também não abordou esse tema.

O terceiro aspecto trata da qualidade da interação, que nesse momento inicial é resumida pelo instrumento na observação de como o bebê se comporta quando falam com ele, por exemplo, se ele “responde” prestando atenção, virando a cabeça em direção a quem está falando, *etc.*. Novamente aqui, não foi encontrado na obra de Anna marcos que se relacionassem a isso.

A capacidade de expressar afetos negativos constitui um item na avaliação dessa faixa etária. Como apresentado na Tabela 1, os itens 2 e 3 tratam justamente desse aspecto, sendo esperado que o bebê expresse seus afetos através de choro, gritos e mordidas até que seja capaz de falar.

A qualidade da interação durante a amamentação também é considerada aqui. Nesse sentido, o instrumento pergunta ao cuidador se os momentos de amamentação são proveitosos tanto para ele quanto para o bebê. Anna Freud não se atenta a isso, apesar de considerar as diversas maneiras como o bebê interage com o seio e com todo o copo da mãe durante a amamentação (cf. itens 1 e 2 da Tabela 1).

O último aspecto específico investigado nessa faixa etária diz respeito à qualidade do ciclo sono-vigília do bebê. Mais uma vez aqui não foi encontrada referência em Anna sobre esse tema.

5.2.3.2 Dos 3 meses aos 8 meses e 30 dias

Antes de apresentar os itens dessa faixa etária, há uma observação a ser feita. Alguns itens se repetem de uma faixa etária para outra, isso porque alguns comportamentos ou modos do infante funcionar surgem em determinado período e devem se manter ou serem focos de atenção por algum tempo. Como, por exemplo, o caso da importância de como o corpo do bebê se apresenta para a mãe (se é relaxado, como visto anteriormente), e também da qualidade da interação durante a amamentação ou ainda da capacidade do bebê de se acalantar (acalmar-se chupando o dedo ou objeto favorito). Tendo isso em vista, esses marcos, ou comportamentos, que são repetidamente observados em diferentes faixas etárias do ASQ:SE-2, serão discutidos apenas na primeira vez que aparecerem no instrumento.

Agora pode-se passar à análise dos itens inéditos trazidos nessa faixa etária. O primeiro destes diz respeito ao sorriso social. Este é um exemplo notável de um marco no DSE, e Anna Freud estava a par de sua importância, e, apesar de não ter desenvolvido o tema de maneira autoral, não deixou de incorporar em sua teoria e livros as pesquisas mais recentes sobre este assunto que havia em sua época¹³.

Assim como na faixa etária anterior, aqui avalia-se também a maneira como o bebê interage com o cuidador. A novidade aqui é que o bebê deve emitir sons durante essas interações. Nesse mesmo âmbito é avaliado se o bebê usa esses sons ou gestos para chamar a atenção do cuidador, se responde a um sorriso com outro sorriso e se quando o cuidador fala com o bebê este responde de alguma maneira. A interação entre cuidador e bebê, da maneira como abordada nesse instrumento, não foi foco de Anna Freud. Para a autora, nesses primeiros meses o bebê só buscaria o meio quando pressionado por tensões instintuais, como a fome ou algum outro desconforto. Entretanto, Anna ressalta que o bebê brinca, manipula e exercita sua agressividade no corpo da mãe, por exemplo tocando-a durante a amamentação, mordendo seu seio *etc.*.

¹³ Anna Freud incorpora à sua teoria os achados de diversos autores, dentre eles os de René Spitz a respeito do surgimento do sorriso social (R. A. Spitz, 1965).

5.2.3.3 De 9 meses a 14 meses e 30 dias

Nessa faixa se complexificam os marcos de interação, surgem marcos relativos à vinculação (apego) entre bebê e cuidador, demonstrados também através do estranhamento de pessoas não conhecidas, marcos da linguagem e expressão não verbal, marcos a respeito da qualidade do sono e do interesse em coisas no mundo para além do cuidador.

A respeito da interação, o sorriso se torna gargalhada quando estimulado pelo cuidador ou pessoas familiares; o infante passa a interagir através de jogos como o *peek-a-boo*; mostra mais atenção quando falam como ele; gosta de mostrar coisas para a mãe, por exemplo, trazendo brinquedos para ela; presta atenção quando ouve o próprio nome; surge a atenção compartilhada (olha na mesma direção quando a mãe aponta o dedo para algo) e, por fim, gosta de repetir sons que ele mesmo criou ou imitando a mãe. Como dito anteriormente, Anna Freud considerou poucos dos aspectos referentes à interação entre mãe e bebê, apenas de ter observado que o bebê de aproximadamente 6 meses demonstra gostar da interação com a mãe e reage positivamente quando em sua presença.

Quanto à vinculação, nessa faixa é esperado que o infante prefira pessoas conhecidas e busque o cuidador quando alguém estranho se aproxima. Anna aponta que o infante não suporta e reage negativamente à separação da mãe, não brinca sozinho e que a separação na hora de dormir também causa estresse. Além disso, não aceita substitutos da mãe.

O interesse do infante pelo mundo aumenta. Sua atenção passa a se voltar a coisas além do cuidador, como comida, objetos e outras pessoas. De certa maneira este fato está presente nos marcos de Anna Freud quando a autora aponta o início do interesse do infante por outras crianças, pois até então esse tipo de interação se dava em sua maior parte com o cuidador. Esse interesse por outras pessoas, outras crianças neste caso, surgiria por volta dos 12 meses e a partir daí se manteria mudando qualitativamente na maneira como o infante percebe, trata e se relaciona com seus pares.

O ASQ:SE-2 traz o surgimento da linguagem como um marco socioemocional, sendo que nessa faixa etária o infante deve apresentar balbucios que formem algumas sílabas (ex.: ba-ba-ba). Apesar da importância que a linguagem tem para a entrada da criança educação formal, e de que era esta a preocupação de Anna Freud, a autora não adota o desenvolvimento da linguagem na consideração dos marcos do DSE ou como um quesito para a entrada na escola.

Outro aspecto não considerado pela autora, mas não tão diretamente relacionado à possibilidade do infante ser iniciado na vida escolar, é a qualidade do sono. O ASQ:SE-2 aponta que nessa faixa o infante deve dormir por volta de 10 horas por dia.

Por fim, os marcos relativos à expressão não verbal são caracterizados pelo uso de sons e gestos para indicar o que se quer e pela capacidade do infante de explicitar seus estados emocionais, sejam positivos ou negativos.

5.2.3.4 De 15 meses a 20 meses e 30 dias

Nessa faixa etária surgem marcos relativos à capacidade de compreensão, se complexificam os marcos de interação social, se intensificam os de vinculação e surge o jogo simbólico.

Quanto à capacidade de compreensão, o ASQ:SE-2 investiga se a criança segue ordens simples, como sentar-se quando solicitada. Em Anna Freud, a capacidade de aceitar e adotar regras está relacionada com a higiene pessoal, ou seja, no início o infante se manteria limpo devido à exigência do meio e em idades mais avançadas, por volta dos 24 meses, adotaria essas regras de higiene para si. O que se entende aqui é que antes que o infante adote essas regras como próprias, é necessário que compreenda quando o meio as impõe.

A vinculação ao cuidador se evidencia pelo comportamento de verificar se o cuidador está por perto o infante sai para explorar um lugar novo. Apesar de considerar, como visto anteriormente, o vínculo entre o infante e a mãe, Anna Freud não chega a detalhar os desdobramentos dessa vinculação em idades mais avançadas.

5.2.3.5 De 21 meses a 26 meses e 30 dias

As novidades relevantes para esta pesquisa nesta faixa etária dizem respeito à interação com adultos e com pares.

Com relação aos adultos, a criança passa a cumprimentar aqueles conhecidos e passa a apreciar momentos de interação através da contação de histórias. Já em relação aos pares, o ASQ:SE-2 aponta que a criança demonstra gostar de estar com outras crianças. Como dito anteriormente, Anna aponta que a interação com outras crianças se inicia por volta dos 12 meses se modifica qualitativamente a partir de então. Essa mudança qualitativa diz respeito à maneira como o infante percebe e trata as outras crianças, sendo que no início as perceberia apenas como objetos inanimados até chegar ao ponto em que as perceberia e trataria como indivíduos dotados de vontade própria.

5.2.3.6 De 27 meses a 32 meses e 30 dias

Aqui as novidades dizem respeito a uma melhora na capacidade de atenção, de expressão verbal e maior compreensão de regras, rotinas e segurança.

Com relação à atenção, é esperado de a criança dessa faixa etária seja capaz de ficar em uma mesma atividade de interesse (sem ser vídeos ou jogos eletrônicos) por pelo menos 3 minutos sem interrupção. Já em relação à linguagem expressiva, é esperado que a criança utilize ao menos duas palavras para pedir algo.

A compreensão aqui se caracteriza pela capacidade de seguir rotinas (por exemplo, ir para a mesa na hora de comer, recolher brinquedos, *etc.*) e não se aproximar de coisas de saberem perigosas (ex.: fogo, altura, *etc.*). Anna Freud abordou a questão da introjeção de regras, como dito anteriormente, como uma parte do processo de adoção de hábitos de higiene. Nesse mesmo processo também faria parte, segundo a autora, a aquisição da capacidade de ter responsabilidade pelos cuidados com o próprio corpo e com a saúde. Assim, é possível correlacionar esta capacidade com a apontada pelo ASQ:SE-2 sobre o cuidado com coisas perigosas, ou seja, o cuidado com o próprio corpo.

5.2.3.7 De 33 meses a 41 meses e 30 dias

Nessa faixa etária os comportamentos novos verificados se referem às áreas de Autorregulação, Linguagem Expressiva e Vinculação.

Da primeira área, a criança deve ser capaz de descansar após um período de atividade. Já a Linguagem Expressiva se caracteriza pela capacidade da criança utilizar palavras para indicar aquilo que precisa e, num nível mais sutil, ser capaz de descrever verbalmente seus próprios sentimentos e o dos outros. Por fim, o desenvolvimento de vínculos afetivos se caracteriza pela capacidade de nomear amigos. Em Anna Freud, a capacidade de perceber outras crianças como seres dotados de vontades próprias é atingida após alguns estágios através da Linha do Egocentrismo ao Companheirismo. Assim, nomear um amigo pode ser um sinal de há a percepção das características que tornam esse amigo uma pessoa única e não um objeto qualquer ou uma ferramenta para breves momentos de brincadeiras.

6 Considerações Finais

Esta pesquisa procurou identificar em Anna Freud os marcos do DSE infantil e colocá-los em perspectiva com marcos presentes em instrumentos de avaliação utilizados no Brasil, além de, como efeito disso, contribuir para o avanço da psicanálise como ciência.

Como visto na parte 1, Anna se dedicou a tratar de diversos temas, ou a ao menos apresentar brevemente suas ideias sobre eles. Nesse sentido, o escrutínio de sua obra forneceu não somente o material que é o foco específico aqui, ou seja, os marcos do desenvolvimento, mas também uma série de outros aspectos que contribuíram dando suporte à metodologia adotada. Esses temas foram, em especial: suas ideias sobre a contribuição da observação direta à psicanálise; seus esforços em construir um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil; a possibilidade de adotar a psicanálise como método de prevenção de psicopatologias e suas críticas a respeito da necessidade de diálogo da psicanálise com outras ciências.

Apesar de a busca pelos fenômenos que subjazem uma teoria psicanalítica não ser tarefa simples, exigindo uma série de cuidados como explicitado ao longo desta pesquisa, a preocupação de Anna com os aspectos acima e seu interesse em justamente avaliar o avanço no DSE infantil formam um terreno fértil para essa empreitada. Exemplo disso é o fato de que as Linhas do Desenvolvimento por si só já apresentarem uma série de marcos passíveis de apreensão empírica. Entretanto, outros pontos da obra da autora não permitiam uma transdução simples dos fenômenos contidos na teoria, como é o caso dos marcos obtidos através dos mecanismos de defesa do Ego. Além desta, há também o próprio ponto de partida de Anna Freud, que é a teoria do desenvolvimento da libido, que da mesma forma exigiu um trabalho mais cuidadoso.

Como o título dessa pesquisa aponta, seguiu-se uma abordagem transdisciplinar, ou seja, considera-se essencial a interação entre disciplinas, promovendo diálogo entre as diversas áreas do conhecimento além de cooperação entre essas áreas e contato entre as elas (Iribarry, 2003).

Na outra ponta dessa interação transdisciplinar estavam os instrumentos de avaliação do DSE infantil. Há uma infinidade desses instrumentos com diferentes usos, métodos de aplicação e poder diagnóstico e/ou preditivo. A escolha do ou dos instrumentos que comporiam esta pesquisa visou incluir o(s) instrumento(s) que fossem mais representativos do cenário nacional, abordando a faixa etária dos 0 aos 3 anos e que focasse(m) nas capacidades do infante (em oposição aos déficits ou dificuldades). Seguindo os critérios do método foram selecionados o

Denver II, o ASQ:SE-2, além do IRDI – que não é citado como um dos instrumentos mais utilizados no país, mas é evidentemente um exemplar importante de como a teoria psicanalítica pode ser aplicada no âmbito da avaliação e prevenção de fatores de risco para o desenvolvimento socioemocional infantil.

Em vista da complexidade da proposta desta pesquisa, a escolha do método foi um ponto crítico. Como descrito ao longo do texto, a aproximação de dois campos distintos exige uma série de cuidados, em especial sobre a linguagem adotada por cada sistema teórico. Tal problema fora contornado tomando como objeto de estudo não a teoria de Anna Freud ou os aspectos subjetivos que os instrumentos de avaliação do DSE se propunham avaliar, mas sim os fenômenos, ou comportamentos, indicados na teoria e nos instrumentos.

Com essa metodologia e cuidados em mente, a aproximação de Anna Freud com os instrumentos de avaliação do DSE tomou forma. A primeira aproximação foi feita com os IRDIs, instrumento que, como dito anteriormente, está dentro do campo psicanalítico, pois foi desenvolvido a partir desta teoria.

O primeiro item de aproximação indica a importância da qualidade da relação mãe-bebê nos primeiros 4 meses segundo os IRDIs, já que a ausência de comportamentos específicos como o “manhês” ou uma resposta do bebê a esses é um indicador que se soma à possibilidade de risco psíquico. Tal importância não aparece tanto em Anna Freud, porque, para ela, a consideração da relação mãe-bebê tem como base a satisfação instintual – como postulado por seu pai. No sentido contrário, os IRDIs não questionam nessa faixa etária a maneira como o bebê lida com o corpo da mãe – se interage com ele, por exemplo.

Seguindo, entre os 4 e os 8 meses, há isomorfismos parciais entre Anna Freud e os IRDIs. No caminho inverso, dos IRDIs em relação a Anna, nota-se que estão presentes na autora a consideração a respeito da autonomia alimentar do bebê bem como da adoção de um objeto preferido pelo bebê, o qual ele se relacionará da mesma maneira como com o corpo da mãe.

Por fim, está presente em Anna Freud, mas não nos IRDIs, a avaliação da maneira como a criança lida com pares e seu senso de responsabilidade sobre seus atos agressivos.

Na sequência foi feita a aproximação com os marcos apontados pelo Denver II. Aqui, adotou-se um método de agrupamento dos itens do instrumento por categorias de acordo com o aspecto do desenvolvimento que estes investigam. Assim, foram criados 4 grupos.

No primeiro grupo encontrou-se alguma convergência entre os marcos no instrumento e em Anna Freud em relação à maneira como o bebê percebe e se relaciona com o próprio corpo e o corpo da mãe e à possibilidade de o infante interagir com objetos e de perceber outras pessoas.

O segundo grupo encontrou um importante isomorfismo relacionado à alimentação autônoma, pois esta é uma capacidade essencial para que o infante possa entrar na vida escolar. Também houve alguma convergência em relação à interação do infante com o cuidador e com outras crianças. Neste ponto Anna Freud se destaca, pois os marcos apresentados por ela detalham o caminho percorrido desde o momento em que o indivíduo é um ser isolado até o momento em que pode criar laços afetivos, parcerias e relacionamentos duradouros com outras pessoas. Além desses, os marcos em Anna Freud e na Denver II são vagos quanto à maneira como a capacidade de expressar as vontades próprias evolui no infante.

O terceiro grupo apresentou uma convergência parcial entre os marcos em Anna e na Denver II, pois a autora trata da questão das regras relacionada às tarefas diárias, higiene pessoal e cuidados com o próprio corpo, já o instrumento aborda a capacidade de compreensão e utilização de regras observando se a criança é capaz de participar de jogos.

Por fim foi feita a aproximação dos marcos em Anna Freud e no ASQ:SE-2. Aqui também foi utilizado um método de agrupamento dos itens da escala por categorias, entretanto, diferentemente da Denver II, o ASQ:SE-2 traz itens tanto a respeito de capacidades ou conquistas quando de indicadores psicopatológicos ou de dificuldades no desenvolvimento. Por isso, os itens do segundo tipo foram excluídos da análise já que, como já indicado, o foco desta pesquisa é o desenvolvimento saudável. Assim, a divisão em grupos dos itens restantes teve as seguintes categorias: capacidade do infante de Autorregulação, aceitação de Contato Físico, qualidade da Interação (seja ela por meio de gestos, sons, toque ou olhar), capacidade de Expressão (podendo ser, no início, através de gestos e sons e então, a partir dos 12 meses, a Linguagem Expressiva), qualidade da Alimentação (inclui qualidade e aproveitamento do momento de amamentação tanto para o bebê quanto para o cuidador, aceitação de alimentos *etc.*), qualidade e quantidade de Sono, capacidade de Vinculação (apego) bem como de estranhamento frente a pessoas desconhecidas, demonstração de Interesse pelo Mundo Externo (seja por comida, sons, objetos ou pessoas), Linguagem Receptiva (através da compreensão de comandos ou de normas), Jogo Simbólico e a Capacidade Atencional.

Na sequência, os itens de cada categoria foram analisados por faixa etária, sendo 7 ao todo. Na primeira faixa etária, que vai do primeiro mês aos 2 meses e 30 dias, foram encontrados isomorfismos nos itens a respeito da Qualidade da Interação entre mãe e bebê e na capacidade dele de expressar afetos negativos.

Ao tratar do período que vai dos 3 meses aos 8 meses e 30 dias, apresenta-se o fato de que mesmo que Anna Freud não tenha se debruçado sobre alguns temas, como o caso do Sorriso Social, a autora incorporou à sua teoria os achados das pesquisas de outros autores como René Spitz, Margareth Mahler, Winnicott e outros. Isso demonstra o comprometimento da autora com o desenvolvimento científico e não apenas em desenvolver uma teoria original.

Fala-se novamente nessa faixa a respeito da qualidade da interação mãe-bebê, entretanto acrescenta-se o fato de que agora o bebê deve ser capaz de emitir sons para interagir e chamar a atenção do cuidador. Nesse ponto há uma grande divergência com Anna Freud, pois a autora considera que a interação no início ocorre apenas quando sustentada pelas pressões instituais do infante, ou seja, o bebê só busca o meio quando está com fome, frio, precisa ser limpo *etc.*

Os itens do ASQ:SE-2 na próxima faixa etária, dos 9 meses aos 14 meses e 30 dias, demonstram como alguns comportamentos se complexificam e também o surgimento de marcos relativos à vinculação entre bebê e cuidador, do desenvolvimento da linguagem, da expressão não verbal, da qualidade do sono e da expansão do mundo do bebê demonstrada pelo seu interesse no mundo externo. Novamente aqui, quando se aproximam esses marcos daqueles em Anna Freud, observa-se a pouca atenção que a autora deu ao tema da interação mãe-bebê. Já quanto à vinculação, Anna Freud estava ciente das pesquisas que Bowlby vinha desenvolvendo e, assim como com Spitz, incorporou à sua teoria os achados da teoria do apego. A expansão do mundo do infante, em Anna Freud, se caracteriza por sua busca por interação com pares e também por buscar o meio não mais apenas quando tomado por uma urgência instintual. Por fim, um aspecto que falta nas considerações de Anna, e que é essencial para a entrada na vida escolar, é o desenvolvimento da linguagem.

Mais adiante, dos 15 meses aos 20 meses e 30 dias, o ASQ:SE-2 aponta o surgimento de marcos relativos à capacidade de compreensão, mudanças nos marcos de interação social e de vinculação e o aparecimento do jogo simbólico. De maneira aproximada, Anna trata em sua teoria a respeito da aceitação e adoção de regras colocando-as junto com o desenvolvimento da noção de higiene pessoal e cuidados com o próprio corpo.

Dos 21 meses aos 26 meses e 30 dias o ASQ:SE-2 traz como novidades em relação à interação com adultos e pares. É possível apontar aqui que a interação do infante com outras crianças é bastante detalhada por Anna Freud e especifica mais marcos do que os presentes no ASQ:SE-2.

Mais adiante, por volta dos 30 meses, o ASQ:SE-2 aponta que deve haver uma melhora na capacidade de atenção, expressão verbal, compreensão de regras, rotina e segurança pessoal.

Finalmente, após os 33 a até por volta dos 41 meses o ASQ:SE-2 traz novos marcos em relação à capacidade de Autorregulação, Linguagem Expressiva e Vinculação. As duas primeiras não foram alvo de investigação de Anna. Já a Vinculação com pares foi bem explorada pela autora, como apresentado ao longo desta pesquisa.

Após tomar contato com todo esse material, tanto provindo da psicanálise quanto dos instrumentos de avaliação do DSE, salta aos olhos a constatação de que não há consenso entre as diversas abordagens sobre quais fenômenos devem ser considerados nessa avaliação. Ou seja, cada instrumento considera fenômenos diferentes e a psicanálise não escapa a tal fato, criando um abismo entre os diversos métodos de avaliar o DSE. Esta pesquisa contribui para, talvez não reduzir, mas criar uma ponte sobre tal abismo. Nesta pesquisa, essa ponte foi construída por meio das diversas aproximações entre a psicanálise e a psicologia do desenvolvimento e as contribuições mútuas entre elas. Além disso, a explicitação das distâncias entre estes campos também é importante para, por exemplo, apontar os limites dessa aproximação.

Apesar dessa miríade de fenômenos tomados por cada método de investigação, isso não tem sido impedimento para que diversos testes e instrumentos sejam validados e utilizados. Nesse mesmo sentido, a psicanálise também continua utilizando os fenômenos apontados nas teorias para a avaliação do desenvolvimento.

Espera-se que esta pesquisa seja um primeiro passo para pesquisas futuras, seguindo o modelo transdisciplinar entre a psicanálise, psicologia do desenvolvimento e possivelmente outros campos, como por exemplo o neurodesenvolvimento.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, 41(1), 49–67.
- American Academy of Pediatrics. (2009). *The Social Emotional Development of Young Children*.
- Bayley, B. N. (2006). 60. *Bayley Scales of Infant Development and Toddler Development: Technical Manual*. San Antonio: The PsychCorp.
- Bee, H. (2011). *A criança em desenvolvimento* (11th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., Buck, K. a, Bahrnick, L. E., Chen, H., ... Jaffe, J. (2012). On the Origins of Disorganized Attachment and Internal Working Models: Paper II. An Empirical Microanalysis of 4-Month Mother-Infant Interaction. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3), 352–374. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679606>
- Beebe, B., Messinger, D., Bahrnick, L. E., Margolis, A., Buck, K. A., & Chen, H. (2016). A systems view of mother-infant face-to-face communication. *Developmental Psychology*, (February). <https://doi.org/10.1037/a0040085>
- Blair, M., & Hall, D. (2005). *From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children 's services*. 20(suppl 1), 730–735.
- Bremner, J., & Slater, A. (Eds.). (2014). *Theories of Infant Development*. Oxford: Blackwell.
- Cauduro, C. R. de S. (2008). A Compreensão Interdisciplinar da Relação Mãe-Bebê: uma aproximação de Winnicott à Neurociência do Desenvolvimento (Universidade de São Paulo). Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
- Dourado, L. F. (2007). Políticas e Gestão da Educação Básica no Brasil. *CEDES*, 28, 921–946.
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., & Lima, M. (2016). Avaliação do desenvolvimento infantil: além do neuromotor. *Jornal de Pediatria*, 92(3), S71–S83. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.007>
- Fonagy, P. (2005a). Psychoanalytic Developmental Theory. In E. S. Person, A. M. Cooper, &

- G. O. Gabbard (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (pp. 131–145). London and New York: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P. (2005b). Teoria psicanalítica do desenvolvimento. In A. M. C. E. S. Person & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de Psicanálise*. Artmed.
- Fontoni, M. R. (2015). *O Futuro da Psicanálise: uma busca por evidências?*
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3088.4004>
- Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresmck, B. (1992). The Denver II: A Major Revision and Restandardization of the Denver Developmental Screening test. *Pediatrics*, 89(1).
- Freud, A. (1965). *The Writings of Anna Freud: Normality and Pathology in Childhood: assessments of development. Vol. VI*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1969). *The Wirtings of Anna Freud: research at the Hampstead Child Therapy Clinic and other papers. Vol. V*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1971). *The Wirtings of Anna Freud: Problems of Psychoanalytic Training, Diagnosis and the Techinique of Treatement. Vol. VII*. New York: Oxford University Press.
- Freud, A. (1973a). *The Wirtings of Anna Freud: indications for child analysis and other papers. Vol. IV*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1973b). *The Wirtings of Anna Freud: infants without families. Vol. III*. New York: International University Press.
- Freud, A. (1974a). Normality and pathology in Childhooood (1965). In *The Writing of Anna Freud, Vol. I*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1974b). *The Wirtings of Anna Freud: Introduction to psychoanalysis. Vol. I*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1976). *Infância Normal e Patológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Freud, A. (1981). *The Wirtings of Anna Freud: Psychoanalytic psychology of normal development. Vol. VIII*. New York: Oxford University Press.
- Freud, A., & Burlingham, D. (1943). *The Writings of Anna Freud: The Ego and the Mechanisms of Defence. Vol. II*. New York: International Universities Press.

- Fulgencio, L. (2005). Freud's metapsychological speculations. *International Journal of Psychoanalysis*, 86(1), 99–123. <https://doi.org/10.1516/TNY1-6YT7-V37T-16LD>
- Fulgencio, L. (2007). Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 443–461.
- Fulgencio, L. (2015). Discussion of the place of metapsychology in Winnicott's work. *International Journal of Psychoanalysis*, 96(5), 1235–1259. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12313>
- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott*. São Paulo: Zagodoni.
- Fulgencio, L. (2017). *A PSICANÁLISE DE WINNICOTT COMO UMA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL DO SER*.
- Fulgencio, L. (2018). *Comunicação pessoal*. São Paulo.
- Fulgencio, L., & Barreta, J. P. (2017). O problema da comunicação entre sistemas teóricos díspares na psicanálise: propostas metodológicas para sua realização (L. Fulgencio, J. Birman, D. Kupermann, & E. L. Cunha, Eds.). Zagodoni, São Paulo.
- Golse, B. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: Compléments sur l'émergence du langage*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Imbasciati, A. (2010a). Toward new metapsychologies. *Psychoanalytic Review*, 97(1), 1–26.
- Imbasciati, A. (2010b). Towards new metapsychologies. *Psychoanalytic Review*, 97(1), 73–90.
- Imbasciati, A. (2011). The Meaning of a Metapsychology as an Instrument for "Explaining". *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(4), 651–670.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas Linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 483–490.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para

- o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*, v. 6, n. 1, p. 48-68, Maio de 2009, 6, 48–68. Retrieved from http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf
- Loevinger, J. (2011). Objective Tests as Instruments of Psychological Theory. *Psychological Reports*, 3(3), 635–694. <https://doi.org/10.2466/pr0.1957.3.3.635>
- M.D.L., D., T., M., & J.C., D. C. L. (2007). A continuous-scale measure of child development for population-based epidemiological surveys: A preliminary study using item response theory for the Denver test. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(2), 138–153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00787.x>
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C., Pecini, C., Cesari, A., Paziente, A., ... Palacio-Espasa, F. (2005). How young children treat objects and people: An empirical study of the first year of life in autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 383–396. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-2695-x>
- Mahler, M. S. (1982). *O Processo de Separação-Individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manual de uso do ASQ-3: Guia rápido para aplicação do ASQ-3. (2010). Retrieved from Prefeitura do Rio de Janeiro website: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1132535/DLFE-205901.pdf/1.0>
- Mari, J. D. J. (2014). Mental healthcare in Brazil: modest advances and major challenges. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20, 113–115. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011593>
- Mayes, L. C. (2005). Interface Between Psychoanalytic Developmental Theory and Other disciplines. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (pp. 147–158). London and New York: American Psychiatric Publishing.
- Miller, P. H. (2011). *Theories of Developmental PSYCHOLOGY* (5th ed.). New York: Worth Publishers.
- Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Oliveira, M.A., Furtado, R.A., Souza, T.N., Carvalho, M. I. (2003). *Avaliação de Ambientes Educacionais Infantis*. Paidéia.

- Oliveira, S. R. De, MacHado, A. C. C. D. P., Miranda, D. M. De, Campos, F. D. S., Ribeiro, C. O., Magalhães, L. D. C., & Bouzada, M. C. F. (2015). Espectroscopia de luz próxima ao infravermelho como ferramenta auxiliar no estudo do desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(2), 230–240. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.003>
- Palombo, J., Bendicen, H., & Koch, B. (2010). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories*. New York: Springer.
- Papalia, D., & Feldman, R. (2012). *Desenvolvimento Humano* (12th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- PESARO, M. E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Universidade de São Paulo.
- Petresco, S., Anselmi, L., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Fleitlich-Bilyk, B., Barros, F. C., & Matijasevich, A. (2014). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(6), 975–983. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0826-z>
- Rede Nacional Primeira Infância. (2010). *Plano Nacional pela Primeira Infância*. Retrieved from <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Completo.pdf>
- Rogers, T. B. (1995). *The Psychological Testing Enterprise: an introduction*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Santos, R. S., Araújo, A. P. Q. C., & Porto, M. A. S. (2008). Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: assessment instruments. *Jornal de Pediatria*, 84(4), 289–299. <https://doi.org/10.2223/jped.1815>
- Solms, M. (2005). Neuroscience. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (pp. 535–546). Washington D.C and London, UK: American Psychiatric Publishing.
- Souza, S. C. De, & Leone, C. (2008). *Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá , Mato Grosso , Brasil Development of children enrolled in preschools in Cuiabá , Mato Grosso State , Brazil*. 24(8), 1917–1926.
- Spitz, R. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Spitz, R. A. (1965). *The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. New York: International University Press.

- Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., e Potter, L. (2009). *Ages e Stages Questionnaires, Third Edition (ASQ-3): User's Guide*. San Antonio, TX: Paul H. Brookes Publishing.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition (ASQ:SE-2)*. Baltimore: Paul H. Brookes Pub. Co.
- Squires, J. K., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). 49. *The ASQ-SE User's Guide : For the Ages & Stages Questionnaires, Social-Emotional. A Parent-Completed, Child-Monitoring System for Social-Emotional Behaviors*. Baltimore: Paul H. Brookes Pub. Co.
- Stern, D. (1977). *The first relationship*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sulloway, F. J. (1979). *Freud, Biologist of the Mind. Beyond the Psychoanalytic Legend*. New York: Basic Books.
- Tavares, L. F. F. de A. (2015). *Propriedades Psicométricas do ASQ3: Comparação entre a versão original e a adaptada Para creches municipais do Rio de Janeiro*. PUC-RJ.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1979). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.