UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANA SILVIA DE MORAIS

**Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o
Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde:
uma experiência de formação**

(VERSÃO CORRIGIDA)

SÃO PAULO
2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANA SILVIA DE MORAIS

**Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o
Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde:
uma experiência de formação.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Rogério Lerner.

SÃO PAULO
2013

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

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

Morais, Ana Silvia de.

Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de formação/ Ana Silvia de Moraes; orientador Rogério Lerner. -- São Paulo, 2013.

174 f.

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

1. Desenvolvimento infantil 2. Agente comunitário de saúde (ACS)
3. Avaliação educacional 4. Psicanálise 5. Atenção primária à saúde I.
Título.

BF721

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Moraes, Ana Silvia de

Título: Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de formação

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

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Rogério Lerner, pela oportunidade concedida, confiança depositada e pelas contribuições durante o percurso. Por me incentivar a manter a aposta na pesquisa e na clínica.

À profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, pela leitura sensível, produtividade generosa e por seu estilo de transmissão da Psicanálise.

À profa. Dra. Rosana Fiorini Puccini, pela atenção e sugestões no Exame de Qualificação e preciosas contribuições na ocasião da defesa desta dissertação.

Ao Vinícius Frayze David e Luis Silva, do Setor de Métodos Quantitativos do IPUSP, pelo auxílio imprescindível com números e métodos.

À Andrea Tocchio, por me socorrer em minhas dúvidas e pelos momentos compartilhados no campo de pesquisa e fora dele, em longas conversas, textos e viagens.

À Nathalia Campana, Angela Flexa DiPaolo, Márcia Koizume, Gabriela Xavier de Araújo, Julia Garcia Durand e Fernanda F. Arantes, companheiras do grupo de pesquisa com quem dividi textos, idéias, dúvidas, alegrias e conquistas.

Aos amigos que qualificaram meu encontro com a Psicanálise: Beethoven Hortêncio, pela leveza com que busca e compartilha um saber; Paula Moureau, pela intensidade, e Elisangela Miras, pela capacidade de criar.

Às amigas que foram presença constante nestes anos, me acolhendo e escolhendo sempre; Paula, Mila e Andréa Miranda.

À minha prima Cris e família, por tornarem São Paulo um lugar mais familiar.

Ao Samuel, pelo carinho, incentivo e por me acompanhar neste caminho e em outros que estão por vir.

Ao meu pai, João Bosco de Moraes, inspiração de vitalidade e de disposição em aprender sempre, pelo apoio dado neste e em todos os outros projetos de minha vida.

Às mulheres que me inspiram: vó Xanda (*in memoriam*), cuja herança de alegria eu busco me valer; minha mãe, Ana Moraes, pela eterna acolhida que amacia os percalços; e minha irmã, Alessandra de Moraes Shimizu, por ser marca fundamental em meus caminhos.

Aos irmãos Marcelo de Moraes, pelo carinho e por compartilhar dificuldades e delícias acadêmicas, e João Carlos de Moraes, pelo apoio e por assumir responsabilidades que viabilizam minhas escolhas.

À Martha Traverso-Yépez, por me apresentar a pesquisa científica com ética e rigor.

Àqueles que me contaminaram com a Psicanálise, cada um a seu estilo e com uma maneira particular de me afetar: Suely Alencar Rocha Holanda, Cynthia Pereira de Medeiros, Adriana Oliveira, Claudia Formiga, Angelina Harari e Luiz Fernando Carrijo da Cunha.

À Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e à equipe do Projeto Desenvolver, em especial a Dra. Rosa Resegue e psicóloga Walquiria Castello B. Pereira, por viabilizarem a parceria firmada. À Secretaria de Saúde de Embu das Artes, em especial a Katia de Paiva, Denise Condeixa e Dra. Rita de Cássia Kisukuri, pela permissão para a realização desta pesquisa nos serviços de saúde.

Às unidades de saúde de Embu das Artes, suas gerências e profissionais de saúde participantes, em especial os Agentes Comunitários de Saúde, por abrirem um espaço em suas tarefas diárias para a inserção do IRDI.

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

Aos meus pais, pelas palavras herdadas.

Às crianças e seus cuidadores que consentiram em ser testemunhados.

À criança e à mãe que nascem em mim.

RESUMO

MORAIS, A.S. **Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de formação.** 174 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

INTRODUÇÃO - Este estudo exploratório apresenta e avalia uma experiência de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Embu das Artes para o uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). O IRDI é um protocolo de base psicanalítica, validado e inespecífico para diagnóstico, composto de 31 itens que sinalizam a construção da subjetividade do bebê expressa na relação com seus cuidadores. É dividido em quatro etapas do desenvolvimento do bebê: 0-4; 4 a 8; 8 a 12; e 12 a 18 meses. A ausência de dois ou mais indicadores sinaliza tendência para problemas de desenvolvimento ou risco psíquico aos três anos da criança. O IRDI resultou de uma pesquisa realizada entre 2000 e 2008, por psicanalistas do Grupo Nacional de Pesquisadores (GNP), a pedido do Ministério da Saúde. **OBJETIVOS** - Avaliar as influências da formação para a prática dos ACS e os obstáculos enfrentados; investigar os usos e apropriações do IRDI, situando modos de apropriação com potencial efeito de permanência. **METODOLOGIA** – Foram realizados quatro encontros formativos e o acompanhamento do uso do protocolo pelos ACS ao longo de 2011 e início de 2012. Utilizou-se pré-teste e pós-teste, trabalhados por análise de conteúdo. Os discursos emergentes durante o uso do protocolo foram analisados em uma vertente qualitativa. **RESULTADOS** – 1. A prática dos ACS com bebês é centrada na avaliação do crescimento e em aspectos funcionais do desenvolvimento; 2. O aspecto relacional entre mãe e bebê passou a ser valorizado no decorrer da formação; 3. Influências do protocolo para a prática foram relatadas por 72,5% dos participantes – a mais citada foi o aprimoramento da observação e do conhecimento sobre o bebê e seus cuidadores. 4. O protocolo foi utilizado tanto para a detecção como para a orientação à família sobre o contato com o bebê, na perspectiva da Promoção à Saúde. 5. Os itens relativos à primeira faixa do bebê (0 a 4 meses) foram os mais lembrados espontaneamente pelos ACS. 6. Houve dificuldades no manejo com itens referentes ao eixo teórico “Alternância Presença-Ausência” na relação entre a criança e seu cuidador. 7. O acompanhamento particularizado dos profissionais permitiu manejar as resistências psíquicas, contribuindo para a permanência de participantes. 8. Modos de apropriação favoráveis ocorreram pelo enlaçamento entre aspectos dos indicadores e um traço particular do sujeito. **CONCLUSÕES** - A inserção do IRDI na Atenção Primária deve considerar um percurso de longo prazo e as particularidades de cada unidade de saúde. É pertinente trabalhar com uma equipe pequena por vez, com formação diversificada. A realização de encontros formativos regulares e acompanhamento particularizado por um profissional psicólogo nos serviços envolvidos é uma proposta que se mostra mais favorável para que seu objetivo se consolide.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Agente Comunitário de Saúde (ACS); Avaliação educacional; Psicanálise; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MORAIS, A.S. **Uses and appropriations of Clinical Risk Indicators for Child Development by Community Health Agents: an educational experience.** 174 p. Dissertation (Master Degree) – Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2013.

INTRODUCTION - Exploratory study about an experience of Community Health Agents (CHA) training in the use of Clinical Risk Indicators for Child Development (CRICD) in the town of Embu das Artes. CRICD is a psychoanalytic based protocol, validated and unspecific for diagnosis, composed by 31 items that indicate the occurrence of the construction of the baby's subjectivity, expressed in the relation with its caregivers. It is divided in four stages of the baby's development: 0 to 4 months; 4 to 8; 8 to 12; and 12 to 18. The absence of two or more indicators signalizes a tendency to developmental problems or psychic risk at the child's age of three. CRICD has resulted from a research carried out between 2000 and 2008 by a group of psychoanalysts named National Group of Research (NGR), by request of the Health Ministry. **METHODS** - To the realization of this research, four formative encounters were made, plus the follow-up of the use of the protocol in service throughout 2011 and beginning of 2012. The articulation of Public Health and Psychoanalysis has suggested a methodological approach with distinct boundaries. We assessed the influences of the CHA's practical training and the obstacles faced. The uses and appropriations of the CRICD were investigated, placing modes of appropriation with potential effect of permanence. Pre-test and post-test were used for content analysis. The discourses that emerged during the use of the protocol were selected and analyzed according to the qualitative perspective. **RESULTS** – 1. The CHA's practices with babies are centered in growth assessment and in functional aspects of development. 2. The relational aspects became more evident during the training. Among the participants, 3. 72.5% have reported influences of the protocol in their practices, specially the improvement of observation and knowledge of the baby and its caregivers. 4. The CRICD was used to detection as well as to guidance for the families about contact with the baby, in the Promotion of Health perspective. 5. The items of the first group were the most recollected by the CHA. 6. Among the difficulties, we emphasize the handling of the items that refer to the theoretical axe of "Alternation Presence-Absence" in the relation between the child and its caregiver. 7. The particularized follow-up of the professionals allowed us to handle the psychic resistances, contributing to the permanence of the participants. 8. The favorable modes of appropriation were outlined in the situations in which there was an interface between aspects of the indicators and a particular trace of the subject. **CONCLUSION**- We suggest that the proposals of insertion of the CRICD in Primary Attention consider a long-term path, undertaken in one health unit per time because the resistances in institutional level have revealed themselves as a challenge. We found to be pertinent to work with a small staff with diverse educational backgrounds, composed of CHA, nursing and pediatric professionals. The most favorable proposal for its aim to be reached is the realization of regular formative encounters with a few months of space between them, during which supervision of the tasks involved is done.

Keywords: Childhood Development; Community Health Agents (CHA); Educational Evaluation; Psychoanalysis; Primary Attention to Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese dos Encontros de formação IRDI	52
Tabela 2 – Apreensão dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento infantil (n e %)	95
Tabela 3 - IRDIs lembrados da Faixa 1 - 0 a 4 meses incompletos do bebê. (n)	96
Tabela 4 - IRDIs lembrados da Faixa 2 - 4 a 8 meses incompletos do bebê. (n)	97
Tabela 5 - IRDIs lembrados na Faixa 3 - 8 a 12 meses incompletos do bebê. (n)	98
Tabela 6 – Razões da não participação do curso (n e %)	100
Tabela 7 - Razões para aplicar o protocolo IRDI (n e %)	101
Tabela 8 – Razões para não aplicar o protocolo IRDI (n e percentual)	102
Tabela 9 - Grau de dificuldade na aplicação do IRDI quanto a aspectos determinados	103
Tabela 10 – Detalhamento da influência do curso IRDI na prática do profissional	104
Tabela 11 – Razões para continuar a utilizar o IRDI	107
Tabela 12 – Razões para interromper a utilização do IRDI	108
Tabela 13 – Quantidade de Presentes e Ausentes por indicador (n)	110
Tabela 14 - Número de crianças acompanhadas em mais de uma faixa do IRDI	111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por encontro de formação (n)	60
Gráfico 2 – Gênero dos Agentes Comunitários de Saúde (%)	61
Gráfico 3 – Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde (%)	61
Gráfico 4 – Escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde em (%)	62
Gráfico 5 - Tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com bebês (%)	63
Gráfico 6 – Participantes da formação IRDI por Unidades de Saúde da Família (%)	64
Gráfico 7 – Uso de instrumentos para avaliação do Desenvolvimento Infantil (%)	64
Gráfico 8 – Tipo de instrumento utilizado para avaliação do desenvolvimento infantil (%)	65
Gráfico 9 – Menções com intersecção com o IRDI (%)	88
Gráfico 10 – Menções diretas ou que se aproximam de itens dos IRDIs (%)	89
Gráfico 11 – Total de menções a categorias relacionadas aos IRDIS (%)	90
Gráfico 12 – Menções às ações do ACS X Acompanhamento em Atendimento de Enfermagem ou consultas na UBS para o acompanhamento de bebês (%)	92
Gráfico 13 – Participação no curso e aplicação do IRDI pelos respondentes da ficha 3 (n)	99
Gráfico 14 – Influência do curso IRDI na prática do profissional (n)	104
Gráfico 15 – Intenção do profissional em dar continuidade ao uso do protocolo (n)	107
Gráfico 16 – Número de aplicações IRDI por faixa do protocolo (n)	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Respostas às perguntas fechadas da Ficha 1 (75 respondentes)	74
Quadro 2 – Respostas às pergunta fechadas da Ficha 2 (56 respondentes, todos presentes ao primeiro encontro)	75
Quadro 3 - Comparação entre as respostas esperadas obtidas com as perguntas que se repetem na ficha 1 e 2 (em percentual)	76
Quadro 4 - Questões das Fichas de Acompanhamento 1, 2 e 4:	79
Quadro 5 – Categorias de respostas à Ficha 1	80
Quadro 6 – Categorias de respostas à Ficha 2	84
Quadro 7 – Categorias de respostas à Ficha 4	86

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 AS MUDANÇAS HISTÓRICAS NA FAMÍLIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A CRIANÇA	19
1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE	23
1.3 INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)	26
1.4 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	29
1.5 O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	30
1.6 O ACS E O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	35
2 OBJETIVOS	40
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3 MÉTODO	41
3.1 FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA: EXPLICITANDO DIFERENTES PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS	42
3.2 DISPOSITIVOS DE FORMAÇÃO	47
3.2.1 Encontros formativos	49
3.2.2 Monitoria	55
3.3 INSTRUMENTOS E DISPOSITIVOS DE INVESTIGAÇÃO	56
3.3.1 Ficha de Acompanhamento	56
3.3.2 Modo de análise das respostas às perguntas fechadas - Fichas de Acompanhamento I e II	57
3.3.3 Modo de análise das respostas às questões abertas da Ficha de Acompanhamento I e II	58
3.3.4 A Monitoria como dispositivo de investigação	59
3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	59
3.4.1 Quem são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participantes da formação IRDI?	59
3.4.2 Quem são as crianças acompanhadas pelos ACS participantes?	67
3.5 A saúde da criança e as formações dos ACS nessa área em Embu das Artes	68
3.5.1 A formação dos ACS	69
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
4.1 CONCEPÇÕES DOS ACS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL	73
4.2 A PRÁTICA DOS ACS COM BEBÊS DE 0 A 18 MESES AO LONGO DA FORMAÇÃO IRDI	78

4.2.1	Categorias relacionadas ao IRDI nos diferentes momentos da formação.....	87
4.2.2	As ações do ACS em relação ao desenvolvimento infantil: importância, descrição e novos sentidos ao longo da formação.....	91
4.3	APREENSÃO DE CONTEÚDOS RELATIVOS AO IRDI POR LEMBRANÇA SOLICITADA.....	94
4.4	AS DESISTÊNCIAS, DIFICULDADES E INFLUÊNCIAS DO IRDI NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS.....	99
4.5	RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO IRDI.....	109
4.6	MODOS DE APROPRIAÇÃO DO IRDI.....	112
4.6.1	Os (Des)encontros discursivos na apropriação do IRDI pelos ACS.....	112
4.6.2	Favorecendo a apropriação do IRDI: um trabalho com as resistências, sob transferência.....	117
4.6.3	Que permanência para a formação IRDI?.....	121
4.6.4	Modos próprios de enlaçamento ao IRDI e ressonâncias produzidas.....	123
4.6.4.1	A oferta de um campo para as construções do sujeito e a função de corte/inserção da criança na cultura.....	124
4.6.4.2	Suposição de sujeito por parte do ACS.....	127
4.6.5	Um ganho de prazer com a prática.....	130
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	141
	ANEXOS.....	149
	APÊNDICES.....	157

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Este estudo de caráter exploratório investiga uma experiência de formação ofertada a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Embu das Artes, região metropolitana de São Paulo¹, ao longo de 2011 e início de 2012. Por acompanharem as gestantes e os cuidados dedicados aos bebês em visitas domiciliares, os ACS são parceiros importantes na atenção à saúde infantil. A formação pretendeu sensibilizá-los quanto à dimensão subjetiva da criança, por meio da inserção, em caráter experimental, de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) na prática desses profissionais.

O IRDI é um protocolo validado e inespecífico para diagnóstico, composto de 31 Indicadores voltados à relação cuidador-criança, nos primeiros 18 meses de vida desta (ANEXO A). A ausência de dois ou mais indicadores sinaliza possíveis riscos ou tendência de problemas de desenvolvimento com expressão no aspecto relacional, abrindo a possibilidade de intervenções oportunas. O IRDI resultou de uma pesquisa nacional realizada entre 2000 e 2008 por um grupo de psicanalistas nomeado Grupo Nacional de Pesquisadores (GNP)².

Em 2010, firmou-se uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e com a Secretaria de Saúde do Município de Embu das Artes para a implementação da formação abordada neste estudo. Formalizou-se, assim, o convite aos profissionais de Enfermagem³ e ACS das 14 Unidades Básicas de Saúde do município. A inserção dos agentes justificou-se pela falta de formação voltada a esses profissionais, especialmente no que se

¹ Financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), por meio de bolsa concedida à pesquisadora (Projeto n. [2010/04175-1](#)), e ao Projeto (n.2008/09871-6): "Detecção precoce de riscos para transtornos do espectro de autismo com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e intervenção precoce: capacitação de enfermeiros para o trabalho em unidades básicas de saúde"). Articula-se a um grupo de pesquisas e pesquisadores nomeado com cadastro no CNPq, noemado [Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção](#)".

² O GNP é um grupo de *experts* reunido para construir o protocolo de indicadores pela Prof^{ra} Dr^a. Maria Cristina Machado Kupfer (IPUSP), coordenadora científica nacional da pesquisa. É constituído por: Leda M. Fischer Bernardino, da PUC do Paraná, Paulina S. B. Rocha e Elizabeth Cavalcante, do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e Maria Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele de B. Wanderley, de Salvador, Prof^{ra}. Dr^a. Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Regina M. R. Stellin, da Universidade de Fortaleza (Unifor), Flávia G. Dutra, de Brasília, Prof. Dr. Otavio Souza, do Instituto Fernandes Figueira (IFF), do Rio de Janeiro, Silvia E. Molina, do Centro Lydia Coriat, de Porto Alegre, com coordenação técnica de Maria Eugênia Pesaro, coordenação científica do dr. Alfredo Jerusalinsky.

³ A participação dos profissionais da área de enfermagem é foco de outra pesquisa realizada em paralelo a este trabalho conduzida pela mestrandia do Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano Andrea Tocchio, sob a orientação do Prof. Rogério Lerner.

refere ao desenvolvimento infantil, tema que perpassa a prática desses. Esta pesquisa insere-se num grupo que tem como um dos objetivos verificar se itens do IRDI são capazes de detectar sinais iniciais de autismo. Dados oriundos da aplicação do instrumento no escopo do presente trabalho servem ao objetivo acima mencionado.

A abertura do convite se refletiu em uma maciça participação desses profissionais na formação: 75 dos 130 profissionais de oito unidades de saúde com a presença do PSF em Embu das Artes. A pesquisa passou a se deter, então, nos modos como os ACS se apropriariam e usos que seriam feitos dos IRDI no contexto da prática desses profissionais.

Distintos campos são convocados neste estudo: a psicanálise e a saúde pública, a formação e a investigação, a universidade e a comunidade. Como elemento ordenador, situa-se o encontro inaugural que representa o nascimento de um ser humano.

Quando nasce um bebê, cria-se um *campo* que o aguarda (sua história, família, contexto e acasos do nascimento) e *funções* para sua inserção na cultura. Há descobertas, ganhos e surpresas, mas também percalços e dificuldades que podem se dar neste percurso, seja por condições patológicas dadas ao nascimento, anteriores a ele ou pela instalação posterior dessas.

As estatísticas americanas apontam uma prevalência de 13% para problemas de desenvolvimento na população infantil (Boulet, Boyle & Shieve, 2009). No Brasil, o censo de 2000 encontrou uma prevalência de 14,5% para algum tipo de deficiência na população em geral, o que inclui os distúrbios com origem na infância (IBGE, 2002). Em relação à saúde mental, a Organização Mundial de Saúde estima que entre 10% e 20% da população mundial sofram com perturbações dessa ordem (OMS, 2005)

Diversos estudos vêm demonstrando a viabilidade de se identificar sinais iniciais de problemas de desenvolvimento, entre eles o autismo, por volta dos 18 meses de idade da criança ou até mesmo antes disso (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992; Laznik-Penot, 1997; Kupfer et al., 2008).

Parte-se aqui da mesma aposta. Porém, a perspectiva adotada é a de que as expressões iniciais dos problemas de desenvolvimento podem ser situadas nos desencontros das trocas, demandas e linguagem estabelecidas entre cuidador (a mãe ou pai, tios, avós, vizinhos) e o bebê. Situar para intervir precocemente, dando consequência aos percalços, por meio de encaminhamento e tratamento especializado.

Ao abordar a questão da prevenção na perspectiva psicanalítica, Teperman (2005) baseia-se na noção de que o inconsciente é estruturado como linguagem, como uma escrita, elaborada por Jacques Lacan a partir dos textos de Sigmund Freud, para pensar a prevenção

como a “leitura” de expressões sutis do encontro mãe-bebê, escritas por vezes no corpo do sujeito infantil, permitindo que os desencontros expressos nessa relação não passem despercebidos. Para isso é preciso um olhar e uma escuta. “O que se lê, na clínica psicanalítica, é o escrito do inconsciente na fala, no sonho, no texto escrito do sujeito adulto, mas também no desenho e no corpo do sujeito infantil” (p. 13).

Para a psicanálise, a possibilidade de intervenção precoce fundamenta-se na minimização dos efeitos de um quadro patológico, mas também na ideia de que na infância, o sujeito ainda está em vias de constituir-se – o que implica a possibilidade de atenuação ou remissão de condições psicopatológicas e imprime contornos específicos à noção de desenvolvimento.

1.1 AS MUDANÇAS HISTÓRICAS NA FAMÍLIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A CRIANÇA

A noção de família passou por modificações ao longo da história, que conferiram lugares e *status* distintos à criança e ao seu desenvolvimento no discurso social. Para se compreender as conformações familiares e seus determinantes no estudo do desenvolvimento infantil, um percurso por essas transformações é esclarecedor.

Roudinesco (2003) explora as modificações da família em três grandes períodos, nos quais os arranjos familiares tomam diferentes formas: tradicional (ou patriarcal), moderna e pós-moderna. O que caracterizava a família tradicional, a partir da era medieval, era a premissa de se assegurar e transmitir um patrimônio familiar por meio da autoridade paterna. Os pais eram representantes simbólicos dos reis, cuja soberania calcava-se no direito divino.

No final do séc. XIX e meados do XX, o modelo prevalente foi a família moderna, na qual o amor romântico era o elemento fundador. A terceira fase da família é a que encontramos hoje: a pós-moderna, construída a partir dos anos 1960. Nela, a intimidade é o foco das relações e a autoridade e a hierarquia ficaram sobrepujadas pela ideia de autonomia.

No contexto brasileiro, a passagem da família patriarcal para a família moderna é descrita por Costa (2004), acentuando as relações entre família, Estado e medicina. A tese do autor é a de que a medicina social teve um importante papel para a formação da moderna família burguesa - sinônimo de família nuclear e conjugal a partir do século XIX.

A família senhorial da colônia era justificada pela ordem teológica e moral, possuindo hábitos refratários à nacionalização do país. Importava mais a ordem moral do que a jurídica; a esfera privada do que a pública. A lógica era a da propriedade, em que o filho adulto era o único valorizado, estando a serviço do poder paterno. O lugar reservado à criança era secundário, restando-lhe pouca atenção. Segundo Costa (2004):

A imagem da criança frágil, portadora de uma vida delicada merecedora do desvelo absoluto dos pais, é uma imagem recente. A família colonial ignorava-a ou subestimava-a. Em virtude disto, privou-a do tipo e quota de afeição que, modernamente, reconhecemos como indispensáveis a seu desenvolvimento físico e emocional. Nem sempre o neném foi “majestade” na família. Durante muito tempo seu trono foi ocupado pelo pai. (p. 155)

Como estratégia à nacionalização e urbanização do país, o saber médico inseriu-se na lacuna deixada pela religião, colocando-se como intérprete e aliado do Estado e da família, exercendo a conversão dessa a novos valores. O “equipamento normalizador” teria sido, segundo Costa (2004), o discurso da higiene, que provava a incompetência dos pais em relação ao cuidado dos filhos (p. 71).

Na nova ordem, os filhos passam a ter um papel social. A cisão existente entre a vida infantil e a vida adulta é modificada pela reação dos higienistas, cujo foco era o combate à mortalidade das crianças. Empreendeu-se uma política de desvalorização da ordem colonial e de seus efeitos à infância. Fazia parte dessa política uma participação mais equitativa entre homens e mulheres e a atribuição de um novo valor ao infantil; a família passou a considerar a criança como a matriz do adulto. “Daquele momento em diante os papéis inverteram-se: a criança passa a determinar a função e o valor do filho” (Costa, 2004, p. 162).

Após a sua crítica, a família recupera sua função educativa nas últimas duas décadas do séc. XIX, por meio da noção de “mãe higiênica”. Essa passa a assumir a tarefa de conduzir o desenvolvimento intelectual e moral do indivíduo - papel dado anteriormente aos internatos. Surge a exaltação ao amor materno, conjugando sexo, estabilidade conjugal e responsabilidade com os filhos. Construía-se, em suma, o ideal de família burguês (Costa, 2004).

A família atual, correspondente ao terceiro período descrito por Roudinesco (2003) seria herdeira do ideal de família conjugal; porém, já modificada. Com perspectivas distintas, autores atuais teorizam as mudanças que ressaltaram a função materna e a criança, em detrimento da figura paterna.

A gestação do cenário familiar pós-moderno é discutida mais detidamente por Lebrun (2004). O autor associa esse declínio à progressiva limitação do poder paterno a partir do séc.

XVIII, decorrente da Revolução Francesa e de mudanças jurídicas que permitiram ao Estado atuar na esfera privada, antes restrita ao pai. Entre os marcos desse avanço situam-se a legalização do reconhecimento em pesquisa de paternidade, de 1912, e a substituição da autoridade paterna pela autoridade parental, em 1970, cujas consequências foram o aumento dos deveres dos pais em relação a seus poderes; o reconhecimento de direitos subjetivos das crianças e uma preponderância dos direitos da mãe, em detrimento do pai.

Lebrun (2006) define um pai como “o primeiro estranho”; um outro radical que viria fazer contrapeso no trajeto de separação da criança em relação à mãe. Ressalta que este papel pode ser exercido por outros personagens, como é feito, nos dias atuais, pelas creches. Mas, para que essa tarefa se efetue, é fundamental que essa função seja chancelada pelo discurso social, que sustente como pertinente essa intervenção.

O autor explica que não se trata da ausência dos pais na cena familiar, visto que, ao contrário, eles reivindicam mais espaço nos dias atuais, se oferecendo como auxiliares das mães. Mas neste caso, se trata de uma repetição da função maternante: “um deslizamento do papel do pai na direção do ideal da mãe” (Lebrun, 2006, p. 45).

Assim como Costa, Lebrun (2006) concorda que não há separação radical entre o campo social e o familiar; portanto, os acontecimentos sociais irão influir nas forças internas à família. Assim, também aponta o papel da ciência no processo de alteração do equilíbrio familiar centrado no pai, mas sob outra perspectiva.

O argumento do autor é o de que, no atual estágio da ciência, ela pode se infiltrar difusamente no discurso social veiculando enunciados que mascaram o trabalho científico e seus pressupostos, em nome de uma autoridade substitutiva da enunciação divina. A tecnociência seria a forma característica desse sistema, em que reina um totalitarismo pragmático.

Assim, o que distinguiria a pós-modernidade, seria a introdução, pelo discurso da ciência, de artifícios que excluem do laço social a noção de limite - do qual o pai é o representante. Exclui-se, assim, a perda implícita à linguagem e ao ato de falar, inaugurando

(...) uma sociedade que não somente não ratifica mais a função dos interditos habitualmente destinada ao pai, mas que, em contrapartida, implicitamente não a reconhece, porque o tipo de laço social por ela promovido se situa às avessas do trabalho de simbolização (Lebrun, 2006, p. 122).

Como se vê, as configurações da família são acompanhadas pelas modificações nos modos de produção e uso do conhecimento científico. A área do desenvolvimento infantil não poderia, portanto, fugir a este movimento. O interesse pelos anos iniciais de vida dos

indivíduos tem no final do século XIX sua origem, com a atenção voltada aos cuidados e à educação das crianças, e o próprio conceito de infância daí decorrente.

Segundo Aspesi, Dessen e Chagas (2005), a psicologia do desenvolvimento humano surgiu como disciplina científica no século XX com o objetivo de explorar, descrever e explicar os padrões comportamentais de estabilidade e mudança ao longo da vida de um indivíduo. Teve como inspiração o positivismo e as ciências. Entretanto, autores da filosofia do período iluminista - séculos XVII e XVIII - já elaboravam concepções que iriam influenciar a psicologia do desenvolvimento.

Enquanto para J. Locke a mente seria um quadro em branco, e a psique, construída pela estimulação do ambiente, Rousseau e Kant consideravam-nas características inatas do ser humano. No século XX, as teorias da psicologia do desenvolvimento seriam influenciadas por essas vertentes filosóficas, situando-se, principalmente, entre dois polos: estudos behavioristas e as teorias de aprendizagem social evidenciando a influência do ambiente; e modelos organicistas, que consideravam o caráter universal do desenvolvimento humano e seus processos internos. Assim, definiam parâmetros ou padrões normativos para explicar as mudanças ocorridas na infância e na adolescência e seus possíveis desvios. “O desenvolvimento foi organizado em estágios evolutivos, enfatizando aspectos distintos do desenvolvimento humano: orgânicos, motores, cognitivos, afetivos, sexuais, morais, sociais, históricos e culturais.” (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005, p. 20-21)

Para Mota (2005) os estudos do desenvolvimento passaram por fases em que os temas de interesse e metodologias de estudo se modificaram. Caracterizam-se, atualmente, pelos esforços em se estudar todo o ciclo vital e não somente a infância, em consolidar seu caráter multidisciplinar e em integrar os contextos históricos e efeitos transgeracionais. A importância da área para a elaboração de programas de intervenção na prevenção e promoção de saúde, especialmente nos contextos das práticas de profissionais da área da saúde e da educação, torna necessária a ampliação da concepção de psicologia do desenvolvimento e os esforços de comunicação entre os profissionais de diferentes áreas de atuação.

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE

Assiste-se atualmente a um crescimento do interesse e fascínio em relação aos bebês, um desdobramento da passagem do pai ao filho como centro da configuração familiar, já discutida. Bernardino (2009) cita o aumento de publicações acerca do tema, voltada a um público amplo, bem como diretivas da OMS para a pediatria do séc. XXI.

Em pesquisas que pretendem dialogar com outras áreas, como o presente trabalho, as marcações de indicadores, sistematização de estratégias e exposição de dados objetivos pode mascarar a direção da intervenção com bebês sob a perspectiva da psicanálise, que é a de ajuda-los a produzir sua subjetividade. Essa afirmação torna-se mais relevante quando se considera que nos dias atuais as avaliações se tornaram uma palavra de ordem, um ordenador da vida; seja nas universidades, em serviços de saúde ou educação. Na França, este movimento se concretizou com a obrigatoriedade de um questionário autoaplicável de saúde mental para alunos do ensino fundamental, em 2003. Ao analisar este movimento, Miller (2004) demonstra o risco de que o homem submetido a esse regime se torne “um homem sem qualidades... cujo destino é o de não ter nenhuma outra qualidade senão a de ser marcado pelo 1 e, deste modo, poder entrar na quantidade” (p. 3).

Portanto, dentre as diversas áreas dedicadas ao estudo e cuidado da criança pequena, a abordagem psicanalítica pode ser situada como a que põe em relevo a sua existência simbólica, o que significa levar em conta o que se refere ao campo da linguagem – nomeações, transmissão de significações, lugar que lhe é dado, condições que o preparam para ser um sujeito falante. Segundo a autora:

Sem a consideração dessa dimensão, o cuidado do bebê apresenta o sério risco de toma-lo como objeto de técnicas e exercícios, situação na qual o pequeno ser é fragmentado por especialidades, separado de seus principais cuidadores e posicionado passivamente como objeto receptor de cuidados. (Bernardino, 2009, p. 53)

Para a psicanálise, a centralidade do psiquismo da criança é posta antes de seu próprio nascimento e das funções que irá desenvolver, sejam elas inatas, orgânicas ou funcionais (Pesaro, Degenszajn & Kupfer, 2009). Segundo as autoras, as habilidades neuromotoras possuem autonomia – como fica claro no caso dos primeiros reflexos apresentados pelo bebê. Porém, são dependentes da atividade centralizadora do psiquismo que lhes dota de sentido e

direção. É a partir da ordem psíquica que as ações são contextualizadas, endereçadas e ganham os contornos expressivos do sujeito.

Jerusalinsky (2007) afirma haver o desenvolvimento das funções, mas não do sujeito. Em relação à dimensão psíquica, os mecanismos físico-biológicos são considerados pelo autor como seu ponto de partida e limite, embora possam ser modificados por ela até mesmo em sua mecânica.

Na mesma via de elaboração, Bernardino (2006) descreve o surgimento de um sujeito psíquico a partir de um encontro entre as condições orgânicas do bebê para relacionar-se com o ambiente e uma estrutura familiar, transmissora do sistema simbólico – ou seja, da linguagem – sustentado pelas figuras parentais. “Cada parte do bebê vai recebendo inscrições psíquicas, como se a mãe fosse ‘escrevendo’ no corpo do bebê ao cuidar dele” (p. 33).

Há, então, uma relação intrínseca entre o organismo e o psiquismo que organiza a relação do ser humano com seu corpo. Relação que justifica, ao conceber o desenvolvimento de um bebê, incluir seus cuidadores, os cuidados que ele recebe e a cultura em que está imerso. Bernardino (2006) sustenta que aquilo que Freud nomeou como o *infantil* de cada um – o inconsciente – seriam os aspectos estruturais que organizam aspectos instrumentais e funcionais do desenvolvimento.

A partir dessa perspectiva, os problemas do desenvolvimento se dão na esfera da estrutura (na própria constituição do psiquismo), em seus aspectos instrumentais (em forma de sintomas como a hiperatividade, desatenção, problemas de fala) ou na organização de aspectos funcionais (controle das excreções, insônia, anorexias). As falhas estruturais situam-se no campo das psicoses, enquanto as duas últimas relacionam-se mais frequentemente a sintomas no campo da neurose.

Em “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” (1896/2006) Freud analisa três causas que contribuiriam para um quadro neurótico patológico: as causas predisponentes ou hereditárias, as causas concorrentes e as causas específicas. Segundo o autor, as causas predisponentes podem imprimir uma fragilidade somática; as causas auxiliares seriam deflagradoras ou intensificadoras da doença. Já as causas relacionais, de caráter sexual, são aquelas que dão o caráter particular a cada patologia.

À época, Freud cunha o termo “série etiológica” para descrever a interação entre essas duas ordens de causalidade. Em 1917, na “Conferência XXII”, modifica a terminologia para “*série complementar*”. De acordo com a lógica das séries complementares, haveria uma combinação entre os fatores orgânicos e relacionais, constituindo-se este último como a via de acesso apontada por Freud para as suas intervenções.

Freud baseia-se em uma analogia da Física para explicar que a predisposição é necessária, mas não suficiente, visto aumentar o grau da patologia, mas não contribuir para sua especificidade. A hereditariedade é comparada no texto freudiano à ação de um multiplicador em um circuito elétrico, que “exagera o desvio visível da agulha, mas não pode determinar a sua direção” (1896/2006, p. 147).

Quanto às causas concorrentes, Freud as compara a “agentes banais” como ocorrências acidentais, intoxicações ou exaustão física. Não sendo necessárias e nem suficientes, poderiam contribuir ou mesmo serem os disparos para um quadro que já estaria latente.

Mas, é ao propor a causa específica que Freud diferencia-se de outros autores de seu tempo, apontando para o poder patogênico de acontecimentos relacionais, ao mesmo tempo em que põe em jogo as possibilidades de uma nova clínica. Embora afirme que essa causa não seja a única necessária, devido ao papel também importante da hereditariedade, Freud sublinha no referido texto as possibilidades práticas abertas pelo conhecimento da causa específica, atrelada às relações intersubjetivas:

(...) ela permitirá que nossos esforços terapêuticos encontrem uma via de acesso, enquanto a predisposição hereditária, previamente fixada para o paciente desde seu nascimento, leva nossos esforços a um impasse com seu poder inacessível (Freud, 1896/2006, p. 145).

Embora se trate de perspectivas distintas, algumas descobertas realizadas no campo da psicologia do desenvolvimento, psicolinguística e neurociência podem contribuir para a discussão sobre a importância das relações com os cuidadores para o desenvolvimento infantil. Aitken e Trevarthen (1997) sustentam a primazia da vida social interpessoal e enfatizam a importância do ambiente cultural e social para o desenvolvimento. O início deste processo se daria muito precocemente, ancorado em experiências pré-linguísticas entre o bebê e os adultos, denominadas de protoconversa. A musicalidade da voz seria, então, uma das vias de engajamento dos bebês na relação com seus cuidadores.

Um dos temas de pesquisa dos autores são os princípios gerais que organizam a díade eu/outro. Entre os achados dessa linha de pesquisa está a noção de desenvolvimento mental como fruto do processo de interações intersubjetivas. Assim, a intersubjetividade humana e a aprendizagem estariam atreladas à neurobiologia desenvolvimental – uma evidência de recentes pesquisas em embriologia do cérebro humano, neurobiologia da motivação e na literatura sobre comunicação mãe-bebê e suas psicopatologias. Desde o nascimento do bebê, haveria um mecanismo – para os autores, “motivacional” - que engaja o bebê nas emoções

expressadas pelos adultos, em uma condução mútua do desenvolvimento cerebral infantil e aprendizagem sociocultural (Aitken & Trevarthen, 1997).

1.3 INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)

O IRDI é um protocolo de base psicanalítica, criado para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. É composto por 31 itens divididos em quatro faixas etárias – 0 a 4 meses incompletos; 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses completos (ver ANEXO A). Os itens são sinais de saúde psíquica, pois abordam aspectos da relação cuidador-bebê indicativos de que a construção da subjetividade da criança está em curso. A ausência de dois ou mais indicadores é lida como um alerta.

O IRDI diferencia-se da maioria das avaliações do desenvolvimento que, em geral, priorizam marcos motores e neurológicos (Wanderley, Weise & Brant, 2008; Carvalho, Silva, Grisi & Escobar, 2008), inserindo-se no campo da saúde pública a partir desta lacuna. A leitura da constituição do sujeito, trabalhada no campo clínico por psicanalistas, deu origem a quatro eixos orientadores do IRDI. São eles (Pesaro, Degenszajn & Kupfer, 2009):

- Estabelecimento da demanda: para haver constituição de um sujeito, o cuidador deve interpretar e pôr em palavras as reações do bebê - no início involuntárias (choro ou riso, ruídos) - “como se fosse o bebê”. Assim, um pedido por parte do bebê é circunscrito, e a mãe ou outro cuidador inclui-se nele para respondê-lo. Trata-se de uma demanda que estará na base do desenvolvimento da linguagem e da relação com os outros.

- Suposição de sujeito: É a antecipação, por parte da mãe ou de outros cuidadores, da presença de um psiquismo que ainda não existe no bebê. A partir dessa suposição é que será desencadeado um processo em direção ao sujeito psíquico. As antecipações, inclusive das capacidades do bebê, provocam prazer neste, fazendo-o repeti-las e permitindo sua consolidação.

- Alternância Presença-Ausência: Quando a mãe ou cuidador não se faz sempre presente ou ausente, alternando estes momentos, produz uma experiência de falta na criança que será fundamental ao processo de simbolização. A descontinuidade das marcas psíquicas inscritas na criança está na base de sua inserção no mundo da linguagem. Quando o bebê percebe uma falta, ele põe algo de si para preenchê-la e começa a poder se autorregular.

- Instalação da Função paterna: Ocorre quando o laço entre mãe e filho está referenciado a uma terceira instância e aos parâmetros da cultura, propiciando que o bebê renuncie à satisfação com seu próprio corpo ou o corpo materno. O exercício da função paterna opera uma separação simbólica do bebê em relação à mãe.

Os eixos articulam-se entre si e dão a fundamentação teórica dos indicadores – assim, cada item está atrelado a um ou mais eixos (ver ANEXO A).

A criação e a validação do IRDI ocorreram no contexto da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil realizada entre 2000 e 2008 em nove cidades brasileiras, a pedido do Ministério da Saúde e com apoio do CNPq e FAPESP. A breve descrição da pesquisa que originou o IRDI será feita com base nas principais publicações dela resultantes (Kupfer et al., 2008; Lerner & Kupfer, 2008; Kupfer et al., 2009).

O desenho da pesquisa foi de corte transversal e estudo longitudinal. A amostra foi composta de 726 crianças atendidas nas cidades participantes, selecionadas de modo aleatório. Foram consideradas “caso” as crianças que apresentaram dois ou mais ausentes, do total de 31 indicadores. Este grupo foi formado por 287 crianças. Foi constituído, ainda, um grupo controle de 132 crianças, cuja avaliação IRDI apontou apenas um ou nenhum indicador ausente.

O grupo caso foi avaliado após três anos, por meio de Avaliação Psiquiátrica e de uma Avaliação Psicanalítica aos três anos (AP3) criada especialmente para a pesquisa. A AP3 é um roteiro orientador da consulta clínica do profissional que avaliou a criança participante da pesquisa IRDI. Utiliza, para a análise de desfechos clínicos, os eixos do IRDI e também algumas manifestações das crianças e seus pais, relativas a formações do inconsciente: o brincar; imagem inconsciente do corpo; estatuto da fantasia; as formações da lei e a posição do sujeito na linguagem.

De acordo com a avaliação clínica, estabeleceu-se que as dificuldades enfrentadas pela criança em um ou mais desses aspectos caracterizavam dois tipos de desfechos clínicos possíveis: “risco psíquico” para a constituição subjetiva ou “problemas de desenvolvimento”. A partir dos resultados da avaliação da AP3 também foram averiguadas, no grupo caso, as associações com os indicadores que haviam sido ausentes no acompanhamento da criança com o IRDI.

Inicialmente, o foco da pesquisa eram os sinais precoces para patologias graves, como psicose e autismo, ou o que se convencionou chamar “risco psíquico”. Entretanto, os resultados de validação do IRDI demonstraram a capacidade geral do instrumento para prever

“problemas de desenvolvimento” aos três anos de idade da criança. Mas, um grupo isolado de indicadores e indicadores agrupados em matrizes fatoriais mostrou-se capaz de prever risco psíquico de modo inespecífico (servindo como um alerta para esses casos, sem nomeação).

Foi concebido que “problemas de desenvolvimento” referem-se a situações em que, aos três anos de idade, foi possível observar dificuldades para o desenvolvimento da criança que afetavam suas funções instrumentais (psicomotricidade, domínio da linguagem, aprendizagem, hábitos, socialização). A enurese, hiperatividade, inibição escolar, por exemplo, situam-se nesse grupo.

Por “risco psíquico” ou risco para a constituição do sujeito entendeu-se os sintomas associados a obstáculos ao processo de constituição subjetiva. Portanto, sintomas conclusivos que sinalizam problemas de ordem estrutural relativos às psicopatologias graves da infância, cujo eixo central é a fratura no laço social. Nesta categoria seriam inseridos os distúrbios globais do desenvolvimento considerados pela psiquiatria.

Segundo a análise estatística, entre as crianças consideradas caso, os dois possíveis desfechos clínicos verificados pela AP3 distribuíram-se da seguinte forma: 70,3% das crianças avaliadas clinicamente aos três anos apresentaram problemas para o desenvolvimento e 19,6% apresentaram risco psíquico. Neste grupo, alguns dos sintomas conclusivos observados foram: manipulação mecânica de brinquedos, atividades ou movimentos repetitivos, ausência de faz de conta; recusa de alimentação sólida; impossibilidade de suportar o olhar do outro; autoagressão; recusa da presença de terceiro; recusa do não ou submissão excessiva frente à lei; repetição ecológica, entre outras. Havendo um sintoma conclusivo, o clínico poderia anotar, na AP3, a presença de risco para a constituição psíquica.

São preditores de risco psíquico de forma isolada, porém inespecífica, os indicadores 7, 18, 22 e 30. Além de quatro grupos com correlação significativa, somando 18 indicadores de risco psíquico: todos os indicadores da Faixa 1; indicadores 6, 7, 8 e 9 da Faixa 2; indicadores 16 e 22 da Faixa 3 e indicadores 23, 24, 26 e 30 da Faixa 4 (ver ANEXO A).

Entre as decorrências práticas do IRDI está a reformulação da Caderneta da Criança em 2006. A abordagem teórica que fundamenta a pesquisa do IRDI também havia influenciado, alguns anos antes, a publicação “Saúde da Criança – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Brasília, 2002), cujas normas técnicas para a avaliação do desenvolvimento passaram a incluir uma abordagem mais psíquica, destacando o vínculo entre mãe/filho como medida de promoção da saúde mental e prevenção de distúrbios psíquicos/afetivos. As discussões e resultados do IRDI geraram novas pesquisas e publicações na área. Citam-se alguns deles e seus resultados.

Pesaro (2010) estendeu a ampliação dos eixos como fundamentos teóricos do IRDI e realizou uma discussão teórico-metodológica sobre as pesquisas, que se situando no campo da psicanálise, fazem uso de indicadores.

O estudo de Carvalho, Silva, Grisi e Escobar (2008) demonstrou que não houve interferência de fatores culturais nas nove capitais do Brasil em que o IRDI foi aplicado. Mariotto (2007) adaptou o uso do IRDI a instituições de educação infantil e vem conduzindo pesquisas neste contexto. Bernardino et al. (2008) analisaram a relação entre educadoras e bebês em berçários, a partir desse instrumento.

A dissertação de mestrado de Di Paolo (2010) investigou as possíveis correlações entre resultados do IRDI obtidos até 18 meses e da AP3, obtidos aos três anos, com a qualidade de vida e a condição sintomática da criança aos 6 anos, por meio da aplicação de três instrumentos: Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image (AUQUEI), Child Health Questionnaire (CHQ) e Child Behavioral Checklist (CBCL). A análise estatística mostrou associação significativa entre o IRDI e o índice psicossocial do CHQ.

Lerner (2011) pesquisou a capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade do IRDI e a possibilidade de se agregar itens do protocolos PREAUT e Questionário de Desenvolvimento da Comunicação (QDC) de forma a aumentar sua capacidade discriminativa. O estudo concluiu que alguns itens do IRDI possuem capacidade discriminativa estatisticamente significativa; estes foram (IRDI 5, IRDI 10, IRDI 16, IRDI 29 e IRDI 30).

1.4 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A pesquisa que criou e validou o IRDI também se constituiu na primeira experiência de formação de pediatras para o uso do referido protocolo, sendo conduzida em 2003 pela coordenação do GNP. Visava “sensibilizar os pediatras para a ideia de que alguns aspectos do desenvolvimento decorrem de operações subjetivantes fundamentais em curso na primeira infância, de forma que problemas de desenvolvimento podem ser evidências de problemas nas ditas operações”. Participaram da formação cerca de 90 pediatras, de 11 centros de saúde de nove cidades brasileiras. Psicanalistas acompanharam tanto a formação quanto a aplicação do protocolo pelos pediatras, como monitores. (Lerner; Cullere-Crespin & Kupfer, 2011).

A experiência de formação IRDI para pediatras está em consonância com a literatura, que evidencia lacunas na formação de profissionais da área da saúde, ressaltando a importância de investimentos na área.

Para Myers e Jonhson (2007) são os profissionais da Atenção Primária à saúde que ocupam as posições mais propícias para oferecer cuidados de longo prazo, apoiando e encaminhando as crianças para as intervenções mais adequadas.

No contexto brasileiro, o estudo de Vasconcelos et. al. (2009) sobre os cuidados a crianças menores de um ano em duas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) aponta que embora a preocupação com o crescimento e desenvolvimento seja uma constante na fala dos profissionais, estes não se referem à necessidade de detecção de sinais de alerta para distúrbios do desenvolvimento e da constituição psíquica. Além disso, os mesmos profissionais reclamam da formação acadêmica insuficiente e da falta de educação permanente para atender às crianças menores de um ano.

Figueiras et al. (2003) avaliaram a formação e prática de 160 profissionais de unidades de saúde de Belém-PA nas estratégias de vigilância do desenvolvimento da criança. Concluíram que esta ação não vem sendo realizada de modo satisfatório, demonstrando falhas na capacitação dos profissionais. A totalidade dos sujeitos pesquisados afirmou desejar receber treinamento sobre avaliação e orientação em desenvolvimento infantil.

Percebe-se que a preocupação com o aprimoramento da formação de profissionais em desenvolvimento infantil é justificada, considerando o compromisso com a infância nas ações de saúde coletiva. Contudo, quando ocorrem, a maior parte delas está voltada a médicos e outros profissionais de alta especialização, o que é possível verificar a partir da literatura (NASHP, 2006; Pinto Martin et al., 2005; Earls & Hay, 2006; Pascucci et al., 2002; Laznik, 2004; Lerner, Cullere-Crespin & Kupfer, 2011).

Em relação a outras práticas formativas para o acompanhamento do bebê, as formações IRDI diferenciam-se quanto à relativa simplicidade e rapidez de aplicação dos indicadores, a base psicanalítica que os fundamenta e a característica do protocolo de ser inespecífico para diagnóstico, permitindo a ampla avaliação da criança.

1.5 O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, os ACS se inserem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para compreender as atribuições desse profissional, resgatam-se aqui os pontos principais do processo que originou o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desdobramentos para a consolidação da Atenção Primária à Saúde.

Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é “direito de todos e dever do Estado”⁴. Porém, a universalidade desse direito, operacionalizada pelo SUS, foi o resultado da construção de um novo paradigma em saúde e dos esforços de alguns grupos sociais para institucionalizá-lo.

Segundo Falleiros et al. (2011), a lógica que vigorava anteriormente ao SUS era a do seguro social. Apenas os trabalhadores formais tinham acesso aos serviços públicos de saúde, por meio do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (1966). A saúde era caracterizada pela privatização e medicina curativa individual. O surgimento de um sistema mais democrático de saúde é tributário de movimentos na década de 1970 e 1980.

O fim da ditadura militar culminou em discussões, no legislativo, sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Alguns eventos estavam na base desse processo: a criação de Centros de estudo e pós-graduação em saúde, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada pela OMS em Alma-Ata (1978) e a 8ª Conferência Nacional em Saúde (1986), um marco histórico devido a reafirmação do princípio de participação e controle social, na direção da democratização do Estado e de um percurso rumo ao modelo médico assistencial, respaldado pelo movimento sanitário. (Falleiros et al., 2011)

Quando o Brasil retornou juridicamente a um Estado de Direito, houve a implementação desse paradigma na Constituição Federal de 1988. Assim, o SUS tem suas bases formalizadas, na Seção relativa à Saúde, artigos de 196 a 200, e nas leis orgânicas da Saúde promulgadas posteriormente. A lei n. 8.080⁵, de 19 de setembro de 1990, dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços. Já a Lei n. 8.142⁶, de 28 de dezembro de 1990 versa sobre a participação da comunidade na gestão SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Falleiros et al., 2011).

⁴ A afirmação consta da seção “Saúde” da Constituição, artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoefederal.pdf>.

⁵ Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>

⁶ Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>

O arcabouço conceitual do SUS seguiria, então, referências estabelecidas em Alma Ata, em que a saúde é tomada de maneira ampla. Seus princípios são: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação comunitária (controle social). Com base em Falleiros et al. (2011) e documentos oficiais da área, segue a breve descrição de cada um.

Por universalidade concebem-se os serviços em saúde como um direito relativo à vida, cujo acesso deve ser garantido sem distinção ou discriminação. De modo a minimizar as questões relativas à injustiça social, a equidade visa à definição de critérios para que os serviços sejam distribuídos de acordo com as necessidades.

A integralidade tem diferentes sentidos. Refere-se à prioridade das ações preventivas sem, no entanto, abrir mão da assistência; um conceito ampliado de saúde e a articulação da prevenção, assistência e outras políticas de saúde. No que se refere à formação do trabalhador, aponta a reflexão sobre a produção do conhecimento e papel político desse para a consolidação do sistema. A participação da comunidade, por sua vez, ocorre por meio de instâncias de controle social, como os conselhos e a realização de conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde.

Além dos princípios, também são definidas as diretrizes do SUS, relativas a seu modo de funcionamento. A primeira dela é a descentralização. Com vistas a fortalecer o federalismo implicado na constituição de 1988, distribui politicamente a responsabilidade e os recursos pelas três esferas (federal, estadual e municipal), criando ainda instâncias de representação nesses níveis (Conselhos nacional dos municípios e estados e comissões).

A regionalização e hierarquização é a organização do sistema pelas noções de território, perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social. O pressuposto é detectar as necessidades da população. Outro norte é a hierarquização de níveis de complexidade necessários, o que inclui ações de promoção, prevenção e diagnóstico, internação e cirurgias. O trânsito entre esses níveis é o sistema de referências e contrarreferências.

Portanto, a atenção básica no SUS atua de forma complementar e contínua com ambulatorios e hospitais gerais e de especialidades, por meio de sistemas de encaminhamento para outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como o retorno e continuidade do cuidado na atenção básica.

Após as conquistas de 1988 houve um aumento considerável na demanda por saúde, acompanhado de um contexto desfavorável de cortes sociais. Viana e Dal Poz (1998) abordam a crise da saúde nos anos 1990, ressaltando as incertezas econômicas e as mudanças demográficas, implicando em ações em saúde de alto custo, com o declínio da mortalidade e

aumento da morbidade. Houve a necessidade, então, de uma “reforma incremental do SUS”, definida como um conjunto de modificações no desenho e operação da política para fortalecer a Atenção Primária. É no contexto dessa reforma que se insere o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, oficializando experiências pontuais que se desenvolviam em diversas regiões do país, principalmente no Ceará. Em 1992, o PNACS foi transformado em PACS, nomenclatura que se difundiu nacionalmente. Em sua origem, o foco do PACS era a assistência materno-infantil, com propostas vinculadas à melhoria da saúde das gestantes e crianças, marca de sua ação contra a redução da mortalidade infantil e materna no norte e nordeste. (Morosini, Corbo & Guimarães, 2007).

Segundo Viana e Dal Poz (1998), com o PACS, a família e a noção de área de cobertura passaram a orientar as ações em saúde, visavam uma intervenção preventiva, a integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista.

Criado em 1994, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o PSF visou reorganizar e municipalizar o SUS, priorizando inicialmente as áreas de risco definidas pelo mapa da fome do IPEA. A inspiração também viria de experiências em atenção básica no Quebec, em Cuba, na Suécia e Inglaterra. As concepções envolvidas no programa são práticas focalizadas dentro do universalismo e reestruturação do SUS.

Em 1997, o PSF é definido não mais como programa, mas como uma estratégia, cujo objetivo é a

reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 1997, p. 10).

O modelo da ESF é uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Norteia o trabalho a definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. A unidade de saúde da família deve se constituir a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, integrando-se à rede de serviços mais complexos. Cada equipe tem sob sua responsabilidade entre 600 e 1000 famílias (2400 a 4500 habitantes).

São atribuições do ACS: mapeamento, cadastramento e atualização das famílias; identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco; visita domiciliar; coleta

de dados para análise da situação das famílias; ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; promover educação em saúde e mobilização comunitária; incentivar a formação dos conselhos locais de saúde; orientar as famílias na utilização dos serviços de saúde; informar a equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade; planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família. (Brasil, 1997).

Dentre os outros profissionais das equipes de Saúde da Família, o ACS se diferencia por ser um mediador dos dispositivos de saúde junto à comunidade e numericamente, a maior força de trabalho das equipes. Em março de 2010 os agentes totalizavam 236.399 trabalhadores, cobrindo 61,11% da população brasileira (MS/SAS/DAB citado por Falleiros et al., 2011).

O exercício da profissão de ACS foi fixado pelas normas e diretrizes do PACS e PSF, mas a institucionalização da profissão ocorreu em 2002, com a lei 10.507. Com ela, reiterou-se que os agentes deveriam morar na comunidade em que atuam, e ter o ensino fundamental completo, excetuando-se os que exerciam a função antes daquela data (a exigência anterior era “saber ler e escrever”). Também deveriam concluir um curso de qualificação básica (Morosini, Corbo & Guimarães, 2007).

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram em 2004 um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. A execução dos cursos de formação técnica dos ACS fica a cargo das Escolas Técnicas do SUS (Etsus) e dos Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (Cefor) que compõem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Retsus). A formação é composta por três itinerários, sendo que o último só pode ser completado pelos ACS com ensino médio completo (Brasil, 2004).

Mas, segundo Morosini, Corbo e Guimarães (2007), essa educação profissional de nível técnico incide sobre um contexto de formação abreviada, realizada geralmente em serviço, sem requisitos prévios de escolaridade ou de carga horária. Este é o cenário ainda visto em muitos municípios, que começa a ser modificado pelo cumprimento das primeiras etapas do curso técnico por alguns agentes. Assim, observa-se uma formação diversificada entre esses profissionais.

1.6 O ACS E O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Estudos sublinham a dimensão de vigilância social da prática do ACS. Porém, há uma dimensão no trabalho desse profissional que o atrela às práticas de atenção à saúde da criança. Pina (2007) demonstra que a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) condicionou-se à participação dos ACS. A AIDPI foi idealizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde e Unicef e previa a importância de ações sistematizadas na avaliação da criança (OPAS, 2005). Além da avaliação do desenvolvimento normal da criança, estabelece um lugar para o *screening* ou despistagem, cujo objetivo é a identificação de casos de risco que justifiquem intervenções especializadas e, de preferência, precoces.

A detecção de sinais de risco para problemas de desenvolvimento é, portanto, uma das diretrizes da AIDPI. A estratégia especifica sinais de alerta distintos do IRDI, como: reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária; perímetro cefálico entre p 10 e p 90; ausência ou presença de menos que três alterações fenotípicas; convulsões, se a mãe nota que a criança está extremamente irritada ou dorme excessivamente e não se alimenta; além de fatores de risco social, como violência doméstica, depressão materna, drogas e alcoolismo (OPAS, 2005).

De modo a fazer valer as prerrogativas fixadas pela AIDPI, iniciou-se a partir de 1996 um processo de capacitação de profissionais médicos e enfermeiros na operacionalização da estratégia. Mas, a efetiva implantação e melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança requeriam que os esforços formativos abarcassem os ACS. Com o intuito de suprir tal lacuna, Vidal et al. (2003) capacitaram 106 ACS e adaptaram material da AIDPI para estes profissionais, por meio do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Os resultados mostraram que os ACS estavam aptos a seguir os passos da estratégia AIDPI para identificação dos sinais de perigo e de alerta estabelecidos de acordo com o manual em mais de 80% dos bebês menores de 2 meses e mais de 70% das crianças de 2 meses a 5 anos (Vidal et al., 2003). Segundo os autores, os ACS foram capazes de apreender o conteúdo da estratégia e aplicá-la adequadamente nas comunidades, mesmo com menor nível de escolaridade em relação a outros membros da equipe de saúde.

O impacto que as intervenções protagonizadas pelos ACS podem ter sobre a comunidade e sobre os indicadores de saúde da criança também é demonstrado no estudo de César et al. (2002). Os autores descrevem o treino e a prática do ACS no contexto de

implantação do PACS no município de Itapirapuã Paulista - região do Vale do Ribeira com os piores índices de desenvolvimento infantil segundo a Unicef em 2001. O objetivo era pesquisar alterações em indicadores de saúde da criança a partir desta intervenção. Com a inserção dos agentes comunitários, entre 1994 e 1997, houve alterações nos indicadores de saúde da criança: redução no número de óbitos infantis, drástica diminuição na taxa de hospitalização entre menores de 5 anos, discreto impacto sobre a prevalência de déficit altura/idade, ausência de impacto sobre baixo peso ao nascer, substancial aumento na utilização de sais para reidratação oral (SRO) e na cobertura vacinal básica completa.

Os resultados mostraram que o município-intervenção apresentou melhores indicadores infantis em relação ao município-controle, embora os autores relativizem os dados, considerando também a melhoria geral do poder aquisitivo da população, maior e melhor oferta de cuidados em saúde e aumento do fornecimento de água tratada e saneamento básico durante o período.

Segundo César et al. (2002), um dos aspectos que influenciou na obtenção de resultados positivos foi a condição específica do trabalho do ACS no contexto da intervenção: poucas atribuições, visitas domiciliares frequentes, prioridade de seus encaminhamentos nos serviços de saúde, atuação em município com alta taxa de morbimortalidade. O estudo demonstrou a viabilidade do enfoque do trabalho dos ACS na promoção da saúde infantil. Apontou que uma intervenção com foco específico e direcionamento (treinamento específico e questionários) pode dar maior efetividade à prática desses profissionais, geralmente permeada por amplas atribuições.

Na interface entre saúde mental e os serviços da Atenção primária, Souza (2007) investigou as percepções de um grupo de ACS sobre o sofrimento mental e suas ações para identificação de pessoas nessa situação. O estudo foi realizado com 12 ACS de uma unidade de PSF da região sudeste de São Paulo. A partir dos resultados obtidos por análise temática de conteúdo, a autora encontra que esses profissionais abordam as características patológicas das pessoas com sofrimento mental de maneira não reducionista, mas levando em conta “a história das mesmas, as relações que estabelecem e aspectos da convivência familiar destas” (p. 66).

Uma das conclusões do estudo é a de apontar as condições dos ACS para identificar situações de sofrimento mental. Raras referências foram feitas aos sofrimentos mentais relacionados à infância. Nos discursos dos ACS, também havia a associação entre problemas de desenvolvimento infantil e sofrimento mental. Esta consideração é relevante a este

trabalho, por considerar o psiquismo nas questões do desenvolvimento, o que vai ao encontro da presente proposta de formação.

O estudo de Souza (2007) identifica, ainda, a ideia dos ACS de que a aproximação que realizam com as famílias é um elemento propiciador para a identificação de sinais de sofrimento psíquico, à medida que estabelecem um vínculo facilitador para a compreensão de tais situações. Conclui, contudo, que as capacitações e o apoio técnico têm sido insuficientes para abranger os diferentes aspectos relacionados à atenção dos ACS na assistência às pessoas com sofrimento mental.

Consideração semelhante é feita no artigo de revisão bibliográfica sobre a formação e processo de trabalho do ACS de Bornstein e Stotz (2008). Os autores encontraram poucas menções a experiências de formação dos ACS e discussões que apontam para a fragmentação, desestruturação e insuficiência do processo de qualificação desse grupo profissional.

Justifica-se este trabalho, portanto, a partir do potencial das ações do ACS para a promoção e prevenção em saúde infantil. À experiência de formação é direcionada a seguinte questão de pesquisa: *Como irá ocorrer a formação, quais suas possíveis influências para a prática do ACS e obstáculos a serem enfrentados?*

De modo mais específico, também nos perguntamos acerca da possibilidade de localizar *modos de apropriação do IRDI com potencial efeito de permanência* para o participante da formação, revelando aspectos de uma transmissão favorável.

Esse desdobramento da questão de pesquisa surge com base em um estudo anterior. Como já abordado, a Pesquisa Multicêntrica IRDI incluiu uma formação para pediatras. A experiência suscitou uma questão, cuja pesquisa de validação do IRDI não abordou por escapar aos seus objetivos: O que teria ficado dessa tentativa de transmissão? Ou seja, seria possível situar algum saber sobre os indicadores nos participantes da referida formação? Para respondê-la, alguns pesquisadores entrevistaram um pediatra participante da formação, decorridos seis anos dessa experiência. (Morais, Koizume, Lerner & Kupfer, 2011).

O discurso do pediatra revelou uma cisão entre corpo/hábito (comportamento) atrelada a uma descaracterização do IRDI, tido como uma ferramenta suplementar relativa a “doenças do hábito”. Após a formação IRDI, o entrevistado disse não ter suposto problemas de desenvolvimento com base em observação dos indicadores nas crianças que atende. Se considerarmos os possíveis encaminhamentos posteriores à formação como único sinal da manutenção de um saber sobre o IRDI, teríamos que responder que esse saber não compareceu de maneira formal na prática do entrevistado.

Mas, um aspecto interessante foi que a própria entrevista teve efeito de apropriação, a *posteriori*, para o entrevistado. Enquanto falava, dava-se conta de lembrar mais do que imaginava. Com surpresa, atribuiu o contato com os indicadores a um melhor posicionamento como pai, o que se deu logo após a formação. E não à toa, os indicadores mais lembrados por ele durante a entrevista foram os relacionados à função paterna.

Citou ainda um “ganho de prazer” em sua prática, ao relaxar e oferecer maior disponibilidade nas consultas. Nesses dois aspectos, a entrevista com o pediatra demonstrou efeitos de formação considerados aqui como favoráveis.

Portanto, parte-se da aposta de que um “modo de apropriação favorável” ocorre quando as associações despertadas pelos indicadores se ligam a um traço particular do sujeito, produzindo um rearranjo e trazendo consigo a promessa de uma permanência. Em Freud, esse processo é explicado pela retranscrição de traços de memória, ideia trabalhada pelo autor principalmente nos textos *Carta 52 a Fliess* (1896) e em *Uma nota sobre o Bloco Mágico* (1925), textos dos quais nos valem para fundamentar esta hipótese.

Seguindo essa trilha, a presente pesquisa também irá investigar os modos de apropriação que apontem para uma permanência, como a relatada pelo pediatra entrevistado. A apreensão formal dos conteúdos relativos aos indicadores também será investigada, porém, considerada como rastros deixados pela formação que se constituem ponto de partida para um trabalho posterior, mais particularizado.

2 Objetivos da pesquisa

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever a experiência de formação IRDI para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Embu das Artes e avaliar suas possíveis influências para a prática desses profissionais, bem como obstáculos enfrentados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os modos de uso e de apropriação do IRDI pelos ACS ao longo da formação, situando “modos favoráveis de apropriação”, com potencial efeito de permanência, segundo a fundamentação teórica proposta.
- Discutir o papel dos ACS nas práticas de acompanhamento da criança e identificação de sinais para problemas de desenvolvimento infantil.
- Contribuir para a formação dos ACS.

3 Método

3.1 FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA: EXPLICITANDO DIFERENTES PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

Este estudo se realiza com contribuições de diferentes campos: a formação e a investigação, a Saúde Pública e a Psicanálise. Sustenta-se nas diferentes linhas metodológicas que compõem essas ordens e que refletem em distintos procedimentos e formas de análise. A diversidade, em si, não é tomada como um problema, desde que explicitada. É o que se pretende fazer em uma discussão sucinta.

Parte-se da ideia de que práticas discursivas são dispositivos de poder e que a diversidade de contexto requer uma diversidade metodológica, a partir de materialidades discursivas específicas (Lerner, 2008). Porém, é preciso considerar que a diversidade metodológica não se dá tranquilamente. Segundo o autor, os discursos se ameaçam, o que torna a aproximação entre métodos distintos a engrenagem de um movimento de tensão entre os campos. Uma forma possível de se trabalhar sob a tensão da heterogeneidade discursiva seria a articulação entre elas. “A fim de não se pretender reduzir um campo a outro, cumpre escolher alguns aspectos de cada um dos campos para serem aproximados” (p. 176).

Essa tensão esteve na base da criação dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Apesar de sua fundamentação psicanalítica, o IRDI alçou um campo que ultrapassa aquele fundado por Sigmund Freud. Em sua tese de doutorado, Pesaro (2010) ampliou as bases teóricas do IRDI e propôs uma discussão metodológica dos indicadores. Na abertura de seu trabalho, a autora anuncia:

Além dos resultados diretamente relacionados à validação dos indicadores, a Pesquisa IRDI forneceu evidências empíricas para algumas importantes formulações teóricas psicanalíticas e se inscreveu também em um campo de discussão metodológica ao propor a articulação do método experimental com o método clínico. (p. 11)

Do método experimental veio a noção de indicadores - estranha à Psicanálise, mas afeita à Saúde Pública. Do método clínico, parte a definição dos quatro eixos relativos à constituição do sujeito dos quais se originam os 31 indicadores: Suposição de sujeito, Estabelecimento da demanda, Alternância entre presença-ausência e Instalação da função paterna. Tais eixos foram construídos a partir da experiência clínica de psicanalistas experientes, por meio do método chamado de consultas a *experts*.

Kupfer e Voltolini (2005) explicam que o projeto de construção do IRDI constituiu-se no esforço de transmitir, à saúde pública, a experiência que a psicanálise acumulou,

possibilitando estabelecer com ela um diálogo mais efetivo. Os autores justificam que se os psicanalistas não precisam de um formulário com indicadores, no campo da Saúde Pública esse tipo de recurso se torna necessário. “Por isso, o que está sendo transmitido é uma tendência geral, que pode ser desenhada, riscada em um gráfico, tendência essa obtida a partir da experiência do psicanalista” (p. 360).

A ideia de que o conhecimento da psicanálise possa servir a uma forma de pesquisa delineadora de tendências gerais, a partir de questões clínicas, apoia-se em Hanns (2000). O autor argumenta haver, no campo das psicoterapias, dois modos de se trabalhar com os fenômenos psíquicos: o modelo médico, com redução de variáveis, quantificações e controle dos processos; e o modelo da economia, ao qual as abordagens psicodinâmicas, entre elas a psicanálise, estariam assemelhadas. Os modelos dinâmicos tendenciais “operam com lote de variáveis, com variáveis desconhecidas que instabilizam o sistema e com tendências e contratendências que apesar de quantificadas são acima de tudo qualificadas e, a partir daí, se induz e monitora processos” (p. 180).

Portanto, no caso do IRDI, sublinha-se não se tratar de previsão, mas da tentativa de localizar certa tendência – a possibilidade ou não de um bebê de 0 a 18 meses produzir problemas de desenvolvimento posteriormente. Essa ideia vai ao encontro das teorizações baseadas nesses modelos de investigação por princípios gerais ou tendências, nos quais são as “interpretações retroativas que buscam organizar conceitualmente e enquadrar tanto o evento passado, como as correlações nele observáveis” (Hanns, 2000, p. 187). Abre-se um lugar, também, para o imprevisível, para que o sujeito mostre sua particular maneira de driblar os percalços de uma infância precoce atribulada. Os indicadores apontam, assim, para aspectos que demandam atenção, mas não desconsideram as possibilidades e recursos da criança para uma saída distinta da que os sinais iniciais apontam, driblando os problemas de desenvolvimento ou fazendo com eles algo de imprevisto.

Para melhor compreender essa articulação entre indicadores e experiência clínica - à qual este trabalho se filia e dá continuidade - torna-se importante passar brevemente pelo método psicanalítico, nascido da clínica e que sob a condução de Freud gera uma novidade no campo ao inaugurar um trabalho com o Inconsciente.

No terreno da psicanálise, o aspecto norteador da teoria freudiana é a articulação do sofrimento psíquico ao inconsciente, à psicopatologia e à sexualidade. Essa materialidade discursiva da psicanálise, constituindo também uma estratégia de pensamento original, demanda lugares e a produção de determinadas enunciações aos atores institucionais (Lerner, 2008). O cenário *strictu sensu* para essa “rede de lugares” é o *setting* analítico, no qual se dá a

fala em associação livre do analisando, as intervenções do analista e a transferência entre ambos - o que possibilita inclusive os dois tipos de enunciações anteriores.

A delimitação do espaço e sua artificialidade (em oposição a outras situações da vida, do cotidiano) é o que permite que alguns autores posicionem a psicanálise aplicada como o próprio tratamento psicanalítico. Nessa perspectiva, o que está para além dele é a teoria (Nogueira, 2004). A transmissão da pesquisa psicanalítica seria então a exposição de casos clínicos, o relato do que é feito em uma análise, seguindo o caminho de vários textos de Freud. Pela razão de o inconsciente não se tratar de um objeto, mas de uma hipótese de trabalho, os relatos de caso são uma construção, um recorte.

Assim, a Psicanálise diferencia-se da Psicologia. Esta última saiu da introspecção e entrou no comportamento, pela via da experimentação; sua proposta é, portanto, de uma investigação objetiva na qual se diferencia o sujeito investigador e o objeto investigado. Já na Psicanálise, a associação livre acontece na relação entre analista e analisante, sob transferência. Assim, não há separação entre sujeito e objeto – o que constitui uma novidade, um novo paradigma cultural em termos de pesquisa (Nogueira, 2004).

Outra particularidade da psicanálise como método de investigação é sublinhada por Lerner (2008) ao afirmar que pelo encadeamento de alguns pressupostos e a singular articulação dos questionamentos de Freud e seus seguidores, muitas vezes a resposta que a psicanálise pode oferecer é a formulação de uma pergunta. O autor aponta, assim, uma possível direção de trabalho com a psicanálise: “Perguntas oriundas da clínica psicanalítica podem ser endereçadas a contextos distintos daquele que define a psicanálise, bem como perguntas oriundas destes terrenos 'estrangeiros' podem ser endereçadas a ela” (p. 175).

É o que buscam fazer as pesquisas que se utilizam do IRDI, considerando que coube ao projeto de criação dos indicadores “construir as bases para uma metodologia de base psicanalítica que permita a utilização desse conhecimento em situações externas ao tratamento-padrão” (Kupfer & Voltolini, 2005, p.361). Segundo os referidos autores, havia duas apostas subjacentes à pesquisa IRDI: a de que uma transmissão de princípios gerais da psicanálise a não-psicanalistas seria possível e capaz de resultar em uma prática modificada; e que a experiência acumulada por psicanalistas produziria uma leitura de sinais fenomênicos como expressão da instalação de elementos de ordem psíquica.

Para Pesaro (2010), ao iniciar o diálogo com a saúde pública, realizando-se como uma pesquisa empírica de orientação psicanalítica, a Pesquisa Multicêntrica IRDI abriu um caminho de enfrentamento ao desafio de situar um lugar para a Psicanálise no rol das ciências modernas, delimitando a especificidade de seu objeto. A autora a situa numa

extraterritorialidade em relação às demais áreas do saber e práticas e define a filiação da pesquisa IRDI original a partir do termo de Mijolla-Mellor (2004) “interações da Psicanálise”, o qual traduziria os ruídos que as noções psicanalíticas produzem nos campos com que ela dialoga.

Se na psicanálise há todo esse debate em torno da passagem para outro território do saber e de seu estatuto questionável em relação à própria ideia de ciência, quando se adentra o universo da Saúde Pública não se está livre do debate, visto que a área também tem suas próprias questões metodológicas.

Para Minayo (1994), a diversidade nos modos de investigação fica evidenciada ao se perceber que a objetivação própria das ciências naturais descaracteriza o que há de essencial nos fenômenos e processos sociais: o sentido dado pela subjetividade. A autora sugere, então, a existência de um acordo entre princípios de cientificidade, em lugar de uma padronização de procedimentos. “A cientificidade, portanto, tem que ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e regras a serem seguidos” (p. 12).

A diferença entre as abordagens qualitativas e quantitativas seria de natureza, mas não de oposição (Minayo, 1994). “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõe. Ao contrário, se complementa, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (p. 22).

De acordo com Turato (2005), há um crescente interesse por métodos qualitativos na área da saúde. A origem das Ciências Médicas, por ser derivada das Ciências Naturais, mescla-se às discussões sobre métodos quantitativos ou explicativos. Segundo o autor, a origem da ciência, com Galileu, distinguiu a filosofia da religião e delimitou a observação, a experimentação e a indução como seu objeto, objetivo e método. A história dos métodos qualitativos, por sua vez, é mais recente, tendo como pioneiro o antropólogo Malinowski, em sua etnografia dos povos da Oceania. Com ele surgiu a descrição sistemática dos dados e da experiência de campo, embora também a Marx e Freud devem ser creditados os cortes epistemológicos para a compreensão nas ciências humanas, com a revelação dos processos implícitos à Ideologia e ao Inconsciente.

A análise de Turato (2005) aponta que no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, na qual os *significados* individuais ou coletivos estão em primeiro plano da análise, em sua função estruturante. Além disso, o método qualitativo nesse campo:

(...) tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Saliente-se ainda o termo *processo*, aqui particularmente rico, caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o *produto*, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados. (p. 509)

Segundo o referido autor, um método que teria se provado adequado em pesquisas qualitativas no campo da saúde é o método clínico-qualitativo, que seria um refinamento dos métodos qualitativos das Ciências Humanas, mas especificamente voltado para os *settings* das vivências em saúde. A importância desses modos de investigação, para a saúde, residiria na possibilidade de melhora da qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos, bem como a compreensão de sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Neste enquadre, o pesquisador usaria um quadro eclético de referenciais teóricos com vistas à interdisciplinaridade, sustentado por atitude existencialista, clínica e psicanalítica. Embora o autor aproxime ordens, que a este trabalho parecem distintas, ao comparar os perfis das metodologias qualitativas e quantitativas, o que parece interessante da sistematização de Turato (2005) é a afirmação quanto à validade de uma pesquisa qualitativa estar atrelada a seu rigor; a ideia de situar o pesquisador como o principal instrumento de pesquisa e a consideração de que a possibilidade de generalizar os resultados não está pautada em quantificações ou estabelecimentos de causa-efeito, mas sim a partir da revisão de pressupostos iniciais ou produção de ideias originais. O critério será dado sempre pelo leitor, ao analisar a plausibilidade e a utilidade desses tipos de estudo.

Portanto, a postura metodológica adotada neste estudo reflete a tentativa e o desafio de se trabalhar na interface Psicanálise/Saúde Pública. Para investigar os usos e os modos de apropriação do IRDI no campo da saúde, e suas potenciais contribuições, optou-se por um desenho de pesquisa qualitativo: aberto, flexível, com perguntas afeitas a este método e procedimentos ajustáveis no andamento da pesquisa, que incluem observações, registros e a ideia de que o pesquisador é o instrumento de pesquisa (Turato, 2005). Lança-se mão, ainda, de alguns métodos quantitativos, quando estes se mostram a melhor via de trabalho para objetivos específicos decorrentes de desdobramentos da questão de pesquisa. São eles: comparação entre momentos distintos da formação, questionário com perguntas fechadas e abertas, uso de análise estatística simples e apresentação de alguns dados em gráficos e tabelas.

Concomitante às formas de investigação próprias da pesquisa quantitativa e qualitativa, pelo endereçamento à Saúde Pública, inclui-se neste trabalho um modo de investigação que se aproxima, sob certos aspectos metodológicos, da pesquisa clínica de orientação psicanalítica. Assim, além da base teórica do IRDI ser calcada na Psicanálise, parte-se da ideia de pesquisa como intervenção, principalmente por tratar-se de uma formação extensiva.

Exemplo dessa vertente são os estudos provenientes da “Clínica do acompanhamento de profissionais”, conduzida e descrita por Blanchard-Laville (2007) na *Université Paris X*. A autora considera que sua própria experiência de analisante inspira sua atividade de investigação científica, sua atitude, escuta e as reflexões no campo ou suscitadas por ele. Essa impregnação também se dá no nível da reflexão ética pretendida, quando recorre a conceitos psicanalíticos na elaboração e escrita do material, bem como na consideração da subjetividade do pesquisador como parte integrante do processo de pesquisa, considerando-a seu motor e obstáculo.

Outra característica descrita por Blanchard-Laville (2007) é a de que os modos de validação nesses tipos de pesquisa não visam a algum “sentido verdadeiro” de uma situação, mas a sentidos potenciais que ganham relevância a partir da noção do *a posteriori*: um evento anterior ao qual não foi dado um sentido imediato, pode tornar-se, retrospectivamente, significante. Quanto à questão, própria à ciência, sobre as generalizações nesse enquadre investigativo, a autora afirma:

Ora, a abordagem clínica está na capacidade de identificar, a partir de casos singulares, mecanismos psíquicos ou organizações psíquicas em ação nas situações estudadas e, assim, referenciá-las como potencialmente atuantes em toda situação que diga respeito a essa categoria. Essa forma de generalização não repousa na busca de regularidades, mas, pelo contrário, na busca de singularidades que, não obstante, alcançam certo grau de universalidade. Devemos, assim, dar relevo à coerência interna desse modo de proceder. (p. 217-218)

3.2 DISPOSITIVOS DE FORMAÇÃO

A presente formação no uso do IRDI foi pensada de modo que a apropriação dos indicadores pelos ACS participantes ocorresse de forma extensiva, ao longo do ano de 2011. O desenho aproxima-se ao modelo de Educação Continuada na área da saúde no contexto do SUS e, mais especificamente, da ESF nos seguintes aspectos: prioriza a formação em serviço,

utiliza os recursos técnicos disponíveis no território, envolve ações de promoção e prevenção em saúde e por fim, promove a integração entre instituições públicas de assistência e o conhecimento produzido na universidade para a capacitação de recursos humanos (Brasil, 1997).

É desejável que a formação resulte num novo posicionamento do participante ao acompanhar o desenvolvimento das crianças de sua área de trabalho. Ou ao menos, que lhe deixe um rastro, possível de ser recuperado em algumas situações de seu dia a dia. Ou ainda, um traço, considerado aqui como uma marca cujo potencial é de permanência.

Considerando que o IRDI foi concebido por um grupo de *experts* na clínica psicanalítica, então a transmissão dos fundamentos desses indicadores ou dos itens que abarca implica, de certa maneira, na transmissão de achados clínicos. Sintetizados para expressar um fenômeno, os indicadores apontam para algo observável ou passível de ser investigado com relativa facilidade. Contudo, se a experiência clínica, calcada na escuta e em um olhar a ela atrelado, é a base do que se está querendo transmitir, seria possível que um curso, mesmo que em um prazo mais longo do que o proposto por outros arranjos pedagógicos, resultasse em um novo posicionamento do profissional?

Prevendo-se o desafio da tarefa, acreditava-se que, se por um lado uma formação com esta visada não poderia deixar de apostar em um tal efeito, por outro deveria levar em conta que “o intransmissível está no coração do desejo de transmitir, não como inefável perdido nas areias de um deserto, mas como soleira para a transmissão” (Porge, 2009). Trata-se de um tema deixado por Freud e a que alguns autores se dedicam do lugar fronteiro entre a Psicanálise e a Educação: a incompletude, os limites, o impossível do ato de educar (Kupfer, 2006; Voltolini, 2011). Embora não exista uma metodologia psicanalítica para a Educação, quando a psicanálise se volta às questões educativas a partir da hipótese do inconsciente, força o pesquisador a reconhecer, como fez Freud, que

...a presença do inconsciente introduz entre educador e educando um controle impossível sobre qualquer cartilha de bons procedimentos educacionais, põe em xeque a ficção do contrato entre eles na direção de melhores resultados (Voltolini, 2011, p. 12).

Uma das revelações da psicanálise nesse campo é a de que a relação ensino-aprendizagem não é causal, não está dada. Ao contrário do a-prender, que remete ao aprisionamento de conteúdos, a apreensão é uma operação ativa, abarcando a escolha do ensinante em colher algo, do campo da cultura, para si próprio. Portanto, o posicionamento do sujeito em relação ao que recebe do outro é um dos limites à mestria. Não se trata de negar a

existência do ensino, mas de assumir que é em um campo intermediário que a apreensão ocorre, sujeito a determinações incontroláveis (Voltolini, 2011).

Ao considerar os limites da Educação, acredita-se que o ensino do IRDI poderá ocorrer e até mesmo reverberar, para alguns, em uma transmissão - condição mais particularizada e atrelada à posição de quem ensina e, principalmente, do ensinante em relação ao saber. Voltolini (2011) lembra que o ato de “ensinar” põe em signos certas ideias e requer o esforço para passar essas significações, exigindo uma intencionalidade. Todavia, transmitir é um ato que se coloca mais do lado de uma “contaminação”, ocorrendo à revelia do mestre.

Considerando o exposto, a formação conjuga dois dispositivos: encontros formativos, nos quais há a exposição e discussão de conteúdos, e a monitoria, que abre a possibilidade para uma transmissão mais particularizada, em situações de uso do IRDI no contexto de trabalho dos ACS e a partir da experiência de aplicação do protocolo em companhia da pesquisadora/formadora.

A monitoria tem inspiração na Pesquisa Multicêntrica, ocorrida de 2003 a 2008 (Kupfer et al., 2008; Lerner & Kupfer, 2008; Kupfer et al.; 2009) na qual se deu a formação de pediatras.

3.2.1 Encontros formativos

Quatro encontros formativos ocorreram ao longo de 2011, relativos às faixas etárias abordadas pelo protocolo IRDI (0-4; 4-8; 8-12 e 12-18 meses do bebê), com duração de quatro horas cada. Após cada encontro, os profissionais foram incentivados a incorporar os indicadores em sua prática, guiando-se por eles ao acompanharem os bebês e crianças de 0 a 18 meses nas visitas domiciliares que realizam. Um *kit* de materiais foi feito especialmente para esta pesquisa (ver APÊNDICE A), a partir de uma adaptação da apostila elaborada para a capacitação de pediatras conduzida pelo GNP em 2003 (Jerusalinsky et al., 2002).

O primeiro encontro visava aproximar a teoria sobre os indicadores às vivências pessoais e profissionais dos participantes. Havia a preocupação de não criar uma hierarquização impeditiva da apropriação do saber. Mezan (2002), ao falar sobre um ensino da psicanálise que se atenha aos princípios psicanalíticos e favoreça a apropriação, comenta que, à maneira do supervisor de casos, um professor com essa visada deve buscar suprimir a

distância com seus alunos, possibilitar o diálogo e não impor uma leitura, mas suscitá-los e auxiliá-los a criar um modo de fazer particular a partir dos conteúdos que lhe foram passados.

O enfoque foi dado aos conhecimentos e experiências trazidos pelos participantes. Para isso foram criados pequenos grupos mediados por pesquisadoras (psicólogas) para discutir duas questões: *Em que situações da vida os profissionais encontravam bebês; Como estes bebês os mobilizavam (que sentimentos e lembranças eram despertados)*. A segunda etapa do encontro foi conduzida pelo Prof. Dr. Rogério Lerner, coordenador da formação e orientador desta pesquisa, que ministrou uma aula a respeito de algumas noções de desenvolvimento e dos fundamentos e usos dos IRDI da primeira faixa etária do bebê (0-4 meses).

Com surpresa se notou, nas falas posteriores a este evento, insatisfações quanto à estrutura da formação e ao estilo de transmissão. Em oposição à oferta, os participantes demandavam modelos de curso vivenciados previamente, estruturados em forma de palestras temáticas. De modo diverso ao suposto, o foco na vivência das relações pessoais e profissionais com os bebês banalizou a “novidade” dos indicadores. Ouvia-se: *Não vimos nada de novo; Esperávamos mais*. Essas eram as frases com as quais a equipe se chocava (em termos de choque causado pelo inusitado e sensação de colisão com algo que se punha como obstáculo).

Havia-se pensado na oferta de uma instrumentalização menos técnica, evidenciando a viabilidade do uso dos indicadores na prática que eles já realizam, sem, no entanto, reduzi-los, apagando as sutilezas que eles apontam. Tratava-se de sistematizar ideias, vivências e observações que talvez já permeassem a prática desses profissionais. Contudo, o que parecia ter apagado as sutilezas do IRDI havia sido justamente a tentativa de mostrar o quanto este olhar para a relação do cuidador-bebê já estaria presente no trabalho deles. A demanda era no sentido da demarcação da diferença da nossa posição enunciativa.

O formato do segundo encontro foi ajustado para se aproximar da demanda dos participantes, com o aprofundamento dos temas “Desenvolvimento infantil” e “Autismo”. Embora o autismo não tivesse sido um tema tratado no primeiro encontro, não passou despercebido o título inicial da pesquisa, que continha este significante e circulou pelas unidades. Ao ser velado no primeiro encontro, gerou incômodos que foram avaliados pelo grupo como pertinentes e que demandavam um tratamento, embora delicado, ao tema. O velamento inicial tinha, para a equipe de pesquisa, o objetivo de não insistir na detecção do autismo, evitando diagnósticos patologizantes. Também se discutiu a importância da detecção

precoce de problemas de desenvolvimento infantil de uma forma mais ampla. Foi aberto um espaço para a discussão de dúvidas sobre os indicadores.

Este encontro foi muito bem recebido pelos participantes. Curiosamente, diziam que havia sido *mais interativo*, apesar do formato tradicional. Em relação a este adjetivo, talvez seja possível pensar que enquanto no primeiro encontro foi propiciada a interação entre os profissionais de diferentes unidades, em pequenos grupos, neste último foi dado um tempo maior para uma interação com “o professor”. Não seria essa a expectativa, só então cumprida, ao serem convidados a uma formação na universidade?

Um comentário também insistia: *Foi bem melhor, porque foi mais próximo*. O contexto da frase era a localização física do evento, que dessa vez havia ocorrido no auditório de um colégio em Embu, o que facilitava a locomoção. Mas também não dizia respeito a uma posição e a um deslocamento da equipe em direção a eles? Foram abordados neste encontro conceitos e explicações advindos do discurso “psi”, mas havia a sinalização de que uma aproximação havia sido criada. Talvez, das expectativas deles em relação ao curso.

No terceiro encontro, foi proposto que os participantes discutissem os itens da terceira faixa em grupo, coordenados pelas psicólogas/monitoras. Cada grupo discutia dois indicadores. Eles poderiam dar exemplos sobre aquilo de que o item tratava e propor modificações nos enunciados e na descrição do indicador. As possíveis modificações eram apresentadas ao restante dos participantes.

Tal proposta foi pensada para aproximar os ACS de situações práticas relativas aos IRDIS, o que se tornava importante principalmente entre os que não estavam aplicando o protocolo. Também se tratava de uma situação propiciadora para a discussão de eventuais confusões e tendência de aproximá-los à prática apagando as diferenças quanto aos aspectos que fundamentam os indicadores, em sua vertente clínica.

O quarto e último encontro foi desdobrado em dois, devido à dificuldade em conciliar a disponibilidade dos profissionais de diferentes unidades. Ambos foram caracterizados por relatos, por parte dos ACS, de diversas situações em que utilizaram os indicadores e suas contribuições, bem como obstáculos encontrados.

Abaixo, a sistematização dos encontros da formação IRDI:

Tabela 1 - Síntese dos Encontros de formação IRDI

Aspectos formais do Encontro	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os participantes para a detecção e intervenção precoce em casos de sinais de risco para problemas de desenvolvimento. - Aproximar a teoria sobre os indicadores às vivências pessoais e profissionais dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximar a formação da demanda dos participantes por conhecimento sobre desenvolvimento infantil e autismo. - Discutir a importância da detecção precoce de problemas de desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a apropriação pessoal dos enunciados e fundamentos dos itens do protocolo IRDI pelos participantes. - Provocar reflexões sobre as semelhanças e diferenças entre o que o IRDI abarca e a prática dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressaltar a importância do trabalho realizado pelos ACS e os possíveis benefícios da inserção do IRDI. - Quebrar barreiras entre o trabalho de pesquisa e o trabalho da assistência em saúde;
Tópicos abordados	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em que situações da vida você encontra bebês? - Como estes bebês o mobilizam? (sentimentos e lembranças despertados). <p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Noções de desenvolvimento - Fundamentos e uso dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) da primeira faixa (0-4 meses). 	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aprofundamento dos temas “Desenvolvimento infantil” e autismo. <p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundamentos e uso dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) da segunda faixa (4 a 8 meses incompletos). 	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploração e discussão do entendimento dos itens do IRDI. - Reescrita dos enunciados e da descrição do indicador pelos participantes. <p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundamentos e uso dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) da terceira faixa (8 a 12 meses incompletos). 	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e assistência na universidade. - Discussão dos itens do IRDI de faixas anteriores e casos de crianças vistas ou encaminhadas para o Projeto Desenvolver. <p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fundamentos e uso dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) da quarta faixa (12 a 18 meses).

continuação

Aspectos formais do Encontro	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4
Método	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos mediados por pesquisadoras (psicólogas) para discutir sentimentos e lembranças evocados no contato com os bebês. 	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposição, em formato de aula aberta, ministrada pelo coordenador da formação e orientador desta pesquisa. 	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos divididos e coordenados pelas pesquisadoras-psicólogas. - Discussão de dois itens da terceira faixa por grupo. - Contribuição com exemplos. - Reescrita dos enunciados e da descrição dos indicadores, se julgado necessário pelo grupo. 	<p>Momento 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abertura para a discussão com os participantes sobre indicadores anteriores e casos de crianças vistas e encaminhadas. - Discussão sobre a maneira como estão compreendendo e incorporando os IRDIs, bem como sobre dificuldades com o protocolo.
	<p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposição, em formato de aula aberta, ministrada pelo coordenador da formação e orientador desta pesquisa. - Treino de aplicação de itens da faixa em questão, com auxílio de vídeos. 	<p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abertura de um espaço para a discussão de dúvidas sobre os indicadores surgidas na prática. - Treino de aplicação de itens da faixa em questão, com auxílio de vídeos. 	<p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposição, em formato de aula aberta, ministrada pelo coordenador da formação e orientador desta pesquisa; - Treino de aplicação de itens da faixa em questão, com auxílio de vídeos. 	<p>Momento 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposição, em formato de aula aberta, ministrada pelo coordenador da formação e orientador desta pesquisa e também pela Dra. Rosa Resegue, coordenadora do Projeto Desenvolver de Embu das Artes.

conclusão

Material	Pasta com: - Termo de consentimento livre e esclarecido; - Ficha de acompanhamento 1; - Material com breve explicação sobre fundamentos do IRDI e descrição dos itens relativos à faixa tratada; - Protocolo IRDI (faixa de 0 a 4 meses incompletos) para aplicação-teste, com base em vídeo sobre os indicadores.	- Ficha de acompanhamento 2; - Material com breve explicação sobre fundamentos do IRDI e descrição dos itens relativos à faixa tratada; - Protocolo IRDI (faixa de 4 a 8 meses incompletos) para aplicação-teste, com base em vídeo sobre os indicadores.	- Material com breve explicação sobre os fundamentos do IRDI e descrição dos itens relativos à faixa tratada; - Protocolo IRDI (faixa de 8 a 12 meses incompletos) para aplicação-teste, com base em vídeo sobre os indicadores.	- Ficha de acompanhamento 4; - Material com breve explicação sobre os fundamentos do instrumento IRDI e descrição dos itens relativos à faixa tratada; - Protocolo IRDI (faixa de 12 a 18 meses incompletos) para aplicação-teste, com base em vídeo sobre os indicadores
Data	28.01.2011	18.03.2011	05.08.2011	16.12.2011 e 18.01.2012
Local	Auditório do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Ipusp), São Paulo (capital)	Colégio Valdelice, Embu das Artes	Colégio Valdelice, Embu das Artes	1. Colégio Valdelice, Embu das Artes 2. Unidade Básica de Saúde Independência
Duração	4 horas	4 horas	4 horas	4 horas

Fonte: Informações organizadas pela pesquisadora

3.2.2 Monitoria

Trata-se de um dispositivo criado para dar continuidade à formação por meio de grupos de discussão ou acompanhamento das aplicações do IRDI nos próprios serviços de saúde. Busca estabelecer-se como espaço de produção de saber, enlaçando a teoria à prática. Nela, a pesquisadora/formadora acompanha a aplicação dos indicadores e busca sustentar a transferência dos participantes à pesquisa.

Opera à maneira de uma supervisão, ofertando um tempo e espaço para o profissional falar sobre os bebês ou crianças que acompanha, sobre os indicadores, sobre suas dúvidas e sobre si.

Trata-se de um método de trabalho em que, embora o monitor ocupe um lugar previamente determinado de saber, visa à autonomia dos profissionais em relação ao uso do IRDI.

Ao falar sobre o tripé da formação psicanalítica (ensino, análise e supervisão de casos), Mezan (2002) afirma que uma supervisão deve ter como mirada o fato que os envolvidos nela possam, ao final, ocupar posições intercambiáveis. Para tanto, é desejável algumas condições, como a abertura de um campo de questionamentos, a partir do diálogo com o supervisor e que o supervisionando possa adquirir o instrumental necessário para refletir por si só sobre sua prática.

Portanto, embora não se trate de um dispositivo psicanalítico, é principalmente a partir da monitoria que vem a aposta de que uma transmissão possa comparecer, aqui e ali, no caso a caso. O contato com a monitora propicia o estabelecimento da transferência – manifestação inconsciente que é um dos conceitos centrais à psicanálise e que está presente em todas as relações humanas.

Em 1912/2006, no texto “A dinâmica da transferência”, Freud descreveu a transferência como “um método específico de se conduzir na vida erótica”, gerado pela ação combinada entre disposição inata e as primeiras experiências infantis, resultando em um “padrão estereotípico” a ser reimpresso em relações posteriores. Freud interessou-se por esse mecanismo ao perceber que a análise sofria a interferência da transferência dirigida ao médico. Kupfer (2006) revê o conceito e a maneira como o fenômeno comparece no campo educativo.

Fundamentada no texto freudiano “A interpretação dos sonhos”, a autora aproxima as noções de desejo e transferência, em relação ao deslocamento que operam quanto aos seus

objetos-alvo. É o que lhe permite afirmar, apoiando-se ainda em Jacques Alain-Miller, que “na relação professor-aluno, a transferência se produz quando o desejo de saber se aferra a um elemento particular, que é a pessoa do professor” (p. 91). Kupfer (2006) explica que, nessa situação, o aluno deposita algo de si no professor, introduzindo em sua fala aspectos de sua própria subjetividade; a escuta passa a ser guiada pela posição que ele passará a ocupar no Inconsciente do sujeito. Os sentidos e o desejo do aluno permanecerão obscuros ao professor, mas o que ele poderá fazer, por um ensino que se transforme em transmissão, é estar atento e aberto aos “recortes particulares” de cada aluno.

Em cada uma das unidades em que esta pesquisa se detém com maior atenção foi desenhada uma estratégia de monitoria e uma relação particular com determinados participantes, sujeita a modificações e reconstruções. Isso porque os serviços de saúde participantes têm suas peculiaridades, impostas por questões locais, institucionais e relativas às subjetividades das pessoas que o compõem – inclusive da pesquisadora em relação a esses. Assim, não foi possível estabelecer um padrão para a atividade de monitoria. Observou-se, no entanto, a fecundidade dos acompanhamentos personalizados, em que a pesquisadora acompanhava o ACS em suas visitas domiciliares para a aplicação dos indicadores nos bebês de sua área. Aproveitava-se a ocasião para tirar dúvidas, bem como para discutir os indicadores e seus fundamentos.

3.3 INSTRUMENTOS E DISPOSITIVOS DE INVESTIGAÇÃO

3.3.1 Fichas de Acompanhamento

Foram concebidas quatro fichas de acompanhamento para caracterizar o perfil dos participantes e medir o conhecimento incorporado após os encontros formativos e a monitoria, operando como um pré-teste e pós-teste. Eram distribuídas para preenchimento antes de cada encontro.

O modelo das fichas foi o mesmo para a primeira e segunda etapa: uma pergunta aberta sobre a maneira como o profissional tem acompanhado os bebês em seu trabalho e cinco afirmações (questões fechadas) que apontam para a importância da articulação entre aspectos orgânicos e relacionais para o desenvolvimento infantil (ver APÊNDICE B). A

ordem das perguntas foi estabelecida de forma aleatória. Os respondentes deveriam se posicionar em relação a essas afirmações de acordo com uma escala denominada Lickert: Concordo fortemente, Concordo, Discordo ou Discordo Fortemente (Lickert, 1932).

A formulação das questões fechadas tinha como objetivo a sondagem do valor que os profissionais participantes já dão à observação de alguns dos itens dos IRDI, bem como a algumas noções que os fundamentam, como a importância da articulação entre aspectos orgânicos e relacionais, com eixo na subjetividade, para a constituição humana. Acredita-se que os possíveis efeitos da formação apóiam-se em conhecimentos e concepções prévias, reforçando-os ou desafiando-os. Dessa forma, visava-se a investigação acerca do terreno das noções teóricas e práticas já existentes.

As questões abertas, por sua vez, foram formuladas com uma visada à prática dos ACS, de modo a avaliar que aspectos de novidade a formação lhes coloca, em termos do que declaram ser sua prática e seu olhar para o bebê.

A terceira ficha investigou os motivos da desistência do curso, dificuldades com o uso do instrumento, razões para se aplicar ou não o IRDI e influências do protocolo relatadas pelos profissionais por meio de questões fechadas e abertas. Além disso, foi solicitado que os participantes relatassem quais indicadores conseguiam lembrar.

A quarta ficha, por sua vez, continha uma questão aberta no mesmo formato das duas primeiras, e duas outras relativas ao uso do protocolo (pontos de dificuldade ou facilidade) e perspectiva de continuidade do uso do IRDI.

3.3.2 Modo de análise das respostas às perguntas fechadas - Fichas de Acompanhamento I e II

As respostas às afirmações (questões fechadas) foram tratadas de acordo com a análise descritivas das frequências. Os dados foram tabulados para a confecção de tabelas.

A utilização dos itens Likert (Likert, 1932) para a análise das respostas às questões fechadas das fichas I e II teve como objetivo avaliar o nível de concordância em relação às assertivas apresentadas, por meio das quatro respostas possíveis e gradativas (Concordo fortemente, Concordo, Discordo, Discordo Fortemente). Após a análise descritiva exploratória das questões fechadas, optou-se por agrupá-las conforme a maneira a seguir, para se obter um melhor resultado das distribuições (grupos com n de comparação significativo):

Concordo e concordo fortemente = Concordo

Discordo e discordo fortemente = Discordo

3.3.3 Modo de análise das respostas às questões abertas - Fichas de Acompanhamento I II e IV

As respostas às três questões abertas das fichas de Acompanhamento I, II e IV⁷ foram tratadas por análise de conteúdo, em consonância com o método de organização de Bardin (1977): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferências e interpretações. A hipótese era a de que as respostas do Encontro I seriam diferentes das respostas do Encontro II e IV. Dessa hipótese surgiam algumas indagações norteadoras da análise, conduzindo à questão central da apropriação dos conteúdos e fundamentos do IRDI.

Tal era o encaminhamento lógico: Como é a prática dos ACS em relação a um bebê da faixa em questão em cada encontro? Caso as respostas de fato sejam diferentes uma da outra, em que consiste essa diferença? Que aspectos das respostas se aproximam do IRDI? E, enfim: *Os aspectos que se diferenciam em cada uma das respostas podem ser lidos como apreensão dos conteúdos e fundamentos da formação IRDI?* O objetivo da análise era o de responder a tais questões.

O primeiro passo foi a escolha do material a ser analisado. Para o primeiro e segundo encontro, selecionaram-se os participantes que responderam a ambas as questões, constituindo um grupo de 56 ACS. Para a comparação com o quarto, foram consideradas as respostas dos 24 participantes presentes nos três encontros.

Em uma primeira leitura, organizou-se o material destrinchando as unidades de resposta em cada ficha preenchida, para posterior categorização (Ex.: “Observo o peso, a altura e a alimentação do bebê” = três unidades de respostas a ser categorizadas).

Para a adequação do método e criação de categorias de análise, as respostas para as questões abertas foram lidas e organizadas pela pesquisadora e uma pesquisadora-colaboradora. Ambas categorizaram as unidades de respostas, individualmente e às cegas,

⁷ Ficha 1: Ao avaliar um bebê de até 4 meses, o que se deve buscar saber? Como isso pode ser feito?

Ficha 2: Em sua prática com bebês de até 8 meses, a que você procura estar atento? De que maneira?

Ficha 4: Em sua prática com bebês de 0 a 18 meses, a que você procura estar atento? De que maneira?

para 16 respondentes ou 29% da amostra total, chegando-se às categorias que serviram como guia da análise.

A partir da adequação do método, uma nova categorização da amostra completa foi refeita, bem como o tratamento dos resultados, com a descrição de frequências de unidades de resposta para cada categoria. Bardin (1977) explica que para inferir e fazer interpretações a partir da análise de conteúdo por categorização, é necessário prever objetos e selecionar índices de interpretação. Assim, a frequência das menções aos indicadores do IRDI em uma resposta, relativamente a outros aspectos, foi tomada como índice interpretativo. Buscou-se atentar, ainda, para a proximidade ou distância em relação aos IRDI de cada unidade de resposta, bem como para citações literais a um ou mais itens do protocolo.

3.3.4 A Monitoria como dispositivo de investigação

Além do caráter formativo, a monitoria possibilitou a abertura para um discurso sobre a subjetividade nas instituições de saúde que compõem o campo da pesquisa. Permite investigar os modos de apropriação do IRDI a partir de um material discursivo registrado em diário de campo. Ao sair para as visitas domiciliares ou se reunir em grupo com a monitora, os ACS falam de seu trabalho, do contato com os bebês, com as famílias, e de si.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

3.4.1 Quem são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participantes da Formação IRDI?

Duas semanas antes do primeiro encontro formativo para o uso dos IRDI, foi distribuída uma Ficha de Acompanhamento do curso (Ficha 1) com o intuito de traçar o perfil dos participantes e suas noções sobre desenvolvimento. Iniciaram o curso 75 ACS, de um total de 104 que trabalham na rede de Saúde do município (72,1%).

Ressalta-se que a participação na formação não era obrigatória, mas fruto de um convite feito à Secretaria de Saúde do Município de Embu das Artes e repassado às Unidades de Saúde

que lhe são atreladas. A participação dos ACS nos três encontros seguintes foi menor, como fica evidenciado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por encontro de formação (n)

Fonte: Autoria própria.

Iniciaram o curso 75 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No segundo encontro, compareceram 56 Agentes Comunitários de Saúde. No terceiro, 39 estavam presentes e no quarto, 37. As desistências no curso se inseriram no escopo de investigação desse trabalho. Algumas das razões alegadas são de cunho institucional, como reformas nas unidades com sobrecarga de trabalho para os profissionais, mudança de gerentes, falta de apoio para a aplicação, falta de identificação com a proposta, entre outras. Uma ficha de avaliação parcial do curso foi entregue ao grupo inicial de participantes na ocasião do terceiro encontro para melhor apuração dessa questão. No contato mais direto com os profissionais ocorrido na monitoria das aplicações, foram levantadas, ainda, outras questões que obstaculizam a adesão ao IRDI, de ordem subjetiva e nem sempre declaradas. No capítulo IV da presente dissertação apresenta-se uma discussão a respeito.

A caracterização dos participantes foi realizada a partir do universo inicial de ACS inscritos no curso, devido à variação de participantes nos quatro encontros. Outra razão para a caracterização é que o grupo inicial permitiu traçar linhas de compreensão de resistências, engajamentos e modos de apropriação dos IRDI. Tais linhas foram tecidas a partir da monitoria, cujo início se deu com alguns dos participantes compreendidos no grupo dos 75 inscritos e cujas falas e posicionamentos foram ou poderão ser utilizados no decorrer da pesquisa.

Gráfico 2 – Gênero dos Agentes Comunitários de Saúde (%)

Fonte: Autoria própria

Dos 75 ACS que iniciaram o curso de formação IRDI, 69 eram mulheres (92%) e 6 eram homens (8%).

Gráfico 3 – Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde (%)

Fonte: Autoria própria

A faixa etária predominante entre os participantes é a de 30 a 39 anos, na qual 46,6% se encontram. Entre 20 a 29 anos estão 30,1% deles, e entre 40 a 49 anos situam-se 19,1%. Os participantes com mais de 50 anos representam apenas 4,1% da mostra.

Gráfico 4 – Escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde em (%)

Fonte: Autoria própria

Observa-se que o grau de instrução desses profissionais é variado, o que coloca implicações para uma atividade formativa. Embora a maioria dos agentes (50,7%,) possua o ensino médio completo, 24% não completou o ensino médio, 5,3% está em um curso superior, 4% concluiu o ensino fundamental, 1,3% parou o ensino fundamental antes de concluí-lo e 1,3% tem curso superior completo. É importante ressaltar, quanto a este dado, que 13% dos participantes não responderam a essa questão. A opção por não declarar o nível de escolaridade pode relacionar-se ao fato de que enquanto a Lei que regula a profissão (nº 10.507/2002) impõe como requisito mínimo a conclusão do ensino fundamental e qualificação básica em saúde, uma portaria anterior (nº 1.886/1997) exigia apenas que o agente de saúde soubesse ler e escrever. Com a criação de cursos técnicos em Agente Comunitário de Saúde, a partir de 2004, torna-se necessário o ensino médio completo para obter o diploma de nível técnico. Embora esse certificado não seja um requisito para o exercício profissional, é uma maneira de incentivar a qualificação das equipes.

Gráfico 5 - Tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com bebês (%)

Fonte: Autoria própria.

O tempo de trabalho com bebês da maior parte dos ACS deste estudo encontra-se no intervalo de 1 a 3 anos, como é o caso de 37 agentes ou 49% das respostas. Os que trabalham há um período de 4 a 8 anos somam 14 (19%); 6 estão trabalhando há menos de 1 ano (8%) e apenas 2 exercem essa função por um período de tempo mais longo, de 9 a 15 anos (3%). Houve uma abstenção de 16 participantes nesta questão, ou 21% dos respondentes para esta informação.

Gráfico 6 – Participantes da formação IRDI por Unidades de Saúde da Família (%)

Fonte: Autoria própria

Entre as oito unidades participantes da pesquisa que contam com ACS, a que tem o maior número de participantes no curso é a Unidade Básica de Saúde Independência, 24 dos 75 participantes (32%). Alocados na Unidade São Marcos estão 15 agentes (20%). O restante da distribuição dos participantes ocorre da seguinte forma: 11 na UBS São Luiz (15%); 10 na UBS Dom José (13%); 5 na UBS Nossa Senhora de Fátima (7%); 4 na UBS Ressaca (5%); 4 na UBS Tomé (5%) e 2 na UBS Itatuba (3%).

Gráfico 7 – Uso de instrumentos para avaliação do Desenvolvimento Infantil (%)

Fonte: Autoria própria

À questão se os profissionais utilizam algum tipo de instrumento em sua prática de acompanhamento de crianças, 34 profissionais (48%) afirmaram não utilizar nenhum instrumento, enquanto 36 deles (45,3%) dizem utilizar algum tipo de apoio para a avaliação do desenvolvimento infantil. Essa pergunta foi deixada em branco por 5 profissionais (7%).

Gráfico 8 – Tipo de instrumento utilizado para avaliação do desenvolvimento infantil (%)

Fonte: Autoria própria

Entre os instrumentos utilizados na prática de acompanhamento de bebês mencionados por 34 agentes comunitários de saúde (45,3%), 51,6% são instrumentos de medida: “fita métrica”, “balança” e “toesa” (mesa com antropômetro utilizada para medir as crianças). Os materiais institucionais somam 35% das menções, constituídos por “carteira de saúde”, “cartão de vacina” e “material de capacitação”.

Os dispositivos educacionais e protocolos somam cada um 5% do total de instrumentos citados. A primeira categoria é formada, em sua totalidade, pela menção a “Curso de aleitamento materno”. Na categoria protocolos, foram citados três itens: “Ficha A”, “Ficha C” e “AE de puericultura”. Os materiais lúdicos referem-se à menção do objeto “chocalho” (1,6%), assim como outros, relativo a uma menção sem categorização.

Como anteriormente explicitado, a presente proposta de formação implica na adesão a um protocolo de acompanhamento do bebê, com enfoque na relação com seu cuidador. O

IRDI parece configurar-se em uma novidade para a prática dos ACS quando comparado aos protocolos citados pelos respondentes:

- Ficha A: Um material utilizado para o cadastramento das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e deve ser preenchida pelo ACS nas primeiras visitas que realiza a uma família, com o objetivo de identificar a família, realizar o cadastro dos membros, obter informações sobre situações de moradia e condições de vida das pessoas da área de sua abrangência (alfabetização, ocupação, doença referida, idade, sexo, data de nascimento, tipo de casa, tratamento e abastecimento de água, destino do lixo e de fezes e urina, se possui plano de saúde, que órgãos ou locais procura em caso de doença, se participa de grupos comunitários, meios de transporte e meios de comunicação utilizados na casa). (Brasil, 2003)

As Fichas C e o formulário de Atendimento de Enfermagem em puericultura têm alguma aproximação com o IRDI na medida em que se voltam especificamente para o acompanhamento da criança. A diferença entre eles, entretanto, está no enfoque dado por cada material:

- Ficha C: Utilizada no acompanhamento domiciliar da criança, trata-se de uma cópia do Cartão da Criança (para menores de 5 anos) que o ACS deve carregar consigo e ser atualizada a cada visita mensal. Sua utilidade é a coleta de informações acerca da identificação da criança, tipo do parto e condições da criança ao nascer (comprimento, peso, perímetro cefálico, apgar 5). Por meio dela, o profissional também sistematiza dados sobre vacinação, peso da criança e intercorrências como diarreia, pneumonia, hospitalização ou outras doenças. Na ocasião de seu preenchimento, também presta orientações e colhe informações sobre como está se dando o aleitamento materno (Brasil, 2003).

O protocolo utilizado no Atendimento de Enfermagem (AE) de puericultura, por sua vez, geralmente é manuseado pelos profissionais de enfermagem – portanto, não será discutido neste trabalho. Em algumas unidades de saúde, entretanto, um ACS pode ser chamado para participar desse procedimento.

Outras linhas de atuação frequente são: verificação de vacinas, certificação de padrões considerados ideais de comportamentos (aleitamento materno, higiene) ou vigilância quanto ao risco social (condições de moradia, presença de violência, uso de drogas etc.). Tal forma de atuação é compreensível e atende às funções dos ACS segundo os manuais do Ministério da Saúde para esse profissional.

Sem desconsiderar o campo acima descrito, este projeto parte da consideração de que a situação privilegiada do vínculo dos ACS com as famílias que acompanham habilita-os para o aprimoramento de um olhar para a relação que se desenvolve entre a criança e seu cuidador.

3.4.2 Quem são as crianças acompanhadas pelos ACS participantes?

O município de Embu das Artes situa-se a 25 km de São Paulo, em uma região de mananciais. Trata-se de uma estância turística urbanizada, com pequena concentração industrial, baixo potencial de crescimento econômico e distribuição populacional desigual. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa da população residente para o ano de 2012 é de 245,148 mil pessoas. O rendimento mensal domiciliar per capita nominal (valor médio) é de R\$ 512.

Embora não tenha sido possível obter dados numéricos acerca da população-alvo do IRDI (crianças de 0 a 18 meses), sabe-se que é parte do contingente de 15.093 crianças na faixa de 0 e 3 anos existentes no município no último censo, de 2010 (IBGE, 2010). Por local de residência, a taxa de nascidos vivos é de 4,546, enquanto a taxa geral de natalidade é de 18,60 nascimentos a cada mil habitantes, segundo dados da Secretaria de Saúde do município.

Existem 25 estabelecimentos de Saúde em Embu das Artes, dos quais 21 são públicos (rede municipal) e quatro privados.

Em estudo conduzido em 1996, Puccini et al. (2003) verificaram que a realização do pré-natal na rede básica do município foi referida por 54,4% das mães. Contudo, o pré-natal adequado, pelos critérios estabelecidos pelo estudo e previstos no programa do município, ocorreu somente em 35,5% das gestações. É preciso considerar, entretanto, que houve mudanças na situação de saúde do município desde então. Em estudo mais recente, Ventura et al. (2008) afirmam que, embora o coeficiente de mortalidade infantil de Embu das Artes até meados da década de 1980 fosse um dos mais elevados do Estado de São Paulo, apresentou redução importante nos anos de 1990, atingindo em 2006 o valor de 11,2/1.000 nascidos vivos (último dado fornecido pelo município). Os autores relatam, na ocasião do estudo, a existência de uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, causada pela distribuição desigual das pessoas pelo município.

3.5 A SAÚDE DA CRIANÇA E AS FORMAÇÕES DOS ACS NESSA ÁREA EM EMBU DAS ARTES

A rede de Saúde de Embu das Artes mantém o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança visando à vigilância do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 24 meses, e até os 5 anos de idade. Segundo informações da Secretaria de Saúde do município (2009), esse programa teve um total de 49.528 crianças inscritas em 2009. É composto por diferentes linhas de atuação, entre as quais destacamos para os fins deste trabalho:

- **Atendimento ao recém-nascido;**
- **Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento com Enfoque de Risco;**
- **Projeto Desenvolver;**
- **Programa de Apoio Materno Infantil (PAMI);**

Segundo as diretrizes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, os recém-nascidos provenientes da Maternidade Municipal de Embu e do Hospital Geral Pirajussara devem ser agendados para um primeiro atendimento na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência.

O programa Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento com Enfoque de Risco visa o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na faixa etária de 0 a 24 meses. As crianças são classificadas na primeira consulta com o pediatra de acordo com os critérios de risco (alto ou baixo risco). Os atendimentos de enfermagem (AE) ocorrem aos 2, 4, 8, 10 e 15 meses da criança e as consultas médicas aos 1, 2, 3, 6, 9, 12 e 18 meses.

O Projeto Desenvolver é uma intervenção, por equipe multiprofissional (neurologista, pediatra, fonoaudióloga, fisioterapeuta etc.) em casos de risco de atraso no desenvolvimento da criança e ações em casos em que um atraso já está instalado – fruto de parceria com a Universidade Federal de São Paulo (PIDA- EMBU), ocorre na UBS Independência e UBS Embu. Foi feito um acordo com a coordenação de que as crianças consideradas em risco psíquico a partir das aplicações do IRDI seriam atendidas pelo Projeto Desenvolver.

O Programa de Apoio Materno Infantil (PAMI) tem como foco o atendimento pré-natal e de puericultura, com vistas à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal. São ações de assistência às gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses, por meio de grupos com as gestantes no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação. Outra frente de atuação são os binômios mãe/bebê, que são grupos de atendimentos de enfermagem aos 2, 4, 8, 10 e 15 meses do bebê.

Exames físicos de enfermagem, orientações gerais, prescrições segundo protocolo de enfermagem em Pediatria e encaminhamentos necessários também ocorrem nessa ocasião.

De forma geral, os programas que ressaltamos focalizam o acompanhamento de crianças de até 24 meses, desde o seu nascimento. Nesse ponto, há um cruzamento com o cronograma da formação IRDI ora proposta. Tanto que o Projeto Desenvolver é uma das parcerias fundamentais para a realização de nossa pesquisa/intervenção.

Em relação às diferenças quanto às linhas que compõem a Saúde da Criança de Embu das Artes, sublinhamos os critérios de risco adotados por dois desses programas:

1. Programa de Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento com Enfoque de Risco:

- Peso ao nascer menor que 2.500g;
- Idade materna menor que 18 anos;
- Morte de irmão menor que 5 anos;
- Intercorrências no período neonatal;
- **Outras situações não previstas e consideradas como risco na primeira consulta.**

2. Projeto Desenvolver:

- Peso ao nascer menor que 1500g;
- Intercorrências neonatais graves (alta após 7 dias);
- Uso de álcool e/ou drogas na gestação;
- Infecções congênitas;
- **Alteração do desenvolvimento detectada.**

Ressaltamos, em negrito, as áreas em que os sinais de risco apontados pelos IRDI podem incidir de forma mais direta. Por focalizar os obstáculos que podem se colocar na relação cuidador-bebê, os IRDI são uma ferramenta para abordagem de aspectos sutis, que ultrapassam os critérios de risco geralmente utilizados nos programas de saúde à criança, ligados a situações orgânicas e contingenciais. Isso não impede que pelo campo aberto ao olhar e à escuta por esses indicadores, se chegue a quadros com alguma manifestação/origem orgânica.

3.5.1 A Formação dos ACS

À época em que se iniciou a pesquisa de campo, foram verificadas três situações entre os ACS que participaram da formação IRDI, no que se refere ao exercício de sua função profissional. Uma parte deles afirmava ter participado do Itinerário 1 – chamado por eles de “Momento 1” - do curso oferecido pelo CEFOR-Osasco no início de sua prática como ACS. Esse curso é a qualificação básica prevista pela lei, desde 2002. Deveriam ter sido chamados para a continuidade do curso, o que até então não havia acontecido.

O segundo grupo afirmava não ter passado por nenhum tipo de formação oficial. Havia ainda um terceiro grupo, menor, que trabalhava há mais tempo como ACS e que afirmava ter passado por toda a formação oficial para o cargo – os três Itinerários previstos no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário (Brasil, 2004). Observou-se, portanto, disparidade no preparo dos profissionais para as atividades que realizam e lacunas na sistematização do ingresso do ACS ao Sistema de Saúde.

Entende-se que a variação na formação desses profissionais em Embu também decorre dos distintos níveis de escolaridade entre esse grupo profissional no município (Gráfico 4), que inviabiliza uma formação oficial homogênea. Cada um dos três itinerários da formação técnica tem como requisito a conclusão da etapa anterior e um nível crescente de escolaridade. Assim, se o momento 1 é voltado para todos os ACS, independente de nível escolar, o momento 2 é para os que completaram o ensino fundamental e o momento 3, para os que possuem ensino médio completo (Brasil, 2004).

Analisando-se o conteúdo do curso, observou-se que a saúde infantil é objeto de maior enfoque no momento 2 do curso técnico para ACS, quando se aborda a “Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes”. Entre os temas trabalhados, estão: Estatutos da Criança e do Adolescente (ECA); acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças; doenças prevalentes da infância: identificação dos sinais de risco, medidas de prevenção, encaminhamento e acompanhamento; características da criança na fase escolar: nutrição, detecção de baixa acuidade visual e auditiva, problemas posturais, cuidados preventivos às doenças bucais e dermatoses, prevenção de acidentes, dentre outras.

Os ACS de Embu afirmaram participar, ainda, de cursos pontuais oferecidos pela prefeitura, geralmente com frequência anual: Capacitação em Manejo, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno - no contexto da Semana Municipal de Aleitamento Materno - Programa de Apoio Materno Infantil (PAMI) e outras capacitações com temas referentes à Saúde da Criança.

Conclui-se que a formação oficial dada ao maior grupo de ACS (momento 1) parece não contemplar a saúde da criança de maneira específica. Há diversas iniciativas pontuais de formação no âmbito de programas voltados à saúde infantil em Embu das Artes, porém, como foi abordado, os temas não coincidem com o aspecto privilegiado na formação IRDI – a construção da subjetividade da criança em relação com o seu cuidador.

4 Apresentação e Discussão dos Resultados

4.1 CONCEPÇÕES DOS ACS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A comparação entre os resultados obtidos nas Fichas de Acompanhamento 1 e 2 do curso fornece pistas acerca da apreensão, pelos ACS, dos conteúdos dos IRDI. Operam, assim, como pré-teste e pós-teste relativos ao Encontro 1. A formulação das questões fechadas visava à obtenção de informações sobre o valor dado pelos profissionais participantes a alguns itens ou fundamentos dos IRDI, antes de possuírem conhecimento formal acerca deles, por meio da exposição sobre o tema. Entre os fundamentos, deu-se especial atenção à importância da articulação entre aspectos orgânicos e relacionais para a constituição humana. A análise das respostas às questões fechadas permitiu inferir, em linhas gerais, as concepções dos ACS sobre o Desenvolvimento Infantil.

1- No meu trabalho, quando estou com um bebê, levo em conta como ele interage com as pessoas ao seu redor.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
75	100,0	0	0,0
2- - Se o bebê quase nunca tenta olhar para a mãe, mesmo se ela chama sua atenção, ele pode estar com alguma dificuldade de desenvolvimento.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
72	96,0	3	4,0
3- É fundamental para o desenvolvimento do bebê que a mãe o ajude tentando entender o que ele quer quando chora ou grita.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
75	100,0	0	0,0
4- Para o desenvolvimento do bebê, tanto faz se a mãe fala com ele de maneira especialmente carinhosa ou não.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
10	13,3	65	86,7
5- A saúde orgânica do bebê é suficiente para seu desenvolvimento como ser humano.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
20	26,7	55	73,3

Quadro 1 – Respostas às perguntas fechadas da Ficha 1 (75 respondentes)

1- A saúde orgânica do bebê é suficiente para seu desenvolvimento como ser humano			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
19	33,9	37	66,1
2- É um sinal de bom desenvolvimento quando o bebê utiliza vocalizações ou gestos diversos para se expressar em diferentes ocasiões.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
56	100,0	0	0,0
3- É importante prestar atenção se o bebê é ativo, pedindo ajuda da mãe ou de outra pessoa quando precisa e se, ao chorar, gritar ou resmungar, aguarda um pouco pela resposta de quem ele chamou.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
55	98,2	1	1,8
4- Em relação ao desenvolvimento de um bebê de até 8 meses, não importa se ele dorme mais de dia do que de noite.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
9	16,1	47	83,9
5- Para o desenvolvimento do bebê, tanto faz se a mãe fala com ele de maneira especialmente carinhosa ou não.			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
6	10,7	50	89,3
6- Ao acompanhar o desenvolvimento de um bebê, observo se a mãe ou cuidador fala com ele, perguntando ou contando o que está acontecendo, bem como as reações do bebê a essa conversa			
Concordo		Discordo	
Número de respostas	Percentual	Número de respostas	Percentual
56	100,0	0	0

Quadro 2 – Respostas às pergunta fechadas da Ficha 2 (56 respondentes, todos presentes ao primeiro encontro)

Para o desenvolvimento do bebê, tanto faz se a mãe fala com ele de maneira especialmente carinhosa ou não.	Discordo	
	Ficha 1 (75 respondentes)	Ficha 2 (56 respondentes)
	86,7%	89,3%
A saúde orgânica do bebê é suficiente para seu desenvolvimento como ser humano.	Discordo	
	Ficha 1 (75 respondentes)	Ficha 2 (56 respondentes)
	73,3%	66,1

Quadro 3 - Comparação entre as respostas esperadas obtidas com as perguntas que se repetem na ficha 1 e 2 (em percentual)

Inicialmente, o que chama a atenção nas respostas dos ACS, tanto na Ficha 1 como na na Ficha 2, é a alta concordância ou discordância às afirmações dadas de modo coerente com uma das considerações-base do IRDI: para a saúde e desenvolvimento infantil, é importante considerar o aspecto orgânico do bebê atrelado ao aspecto relacional. As respostas demonstram o valor dado pelos participantes a algumas expressões concretas dessa articulação, observáveis em situações cotidianas da interação cuidador-bebê. Essas expressões estão representadas nas afirmações que têm relação direta com os indicadores da primeira faixa (0 a 4 meses incompletos) e segunda faixa (4 a 8 meses incompletos).

Na Ficha 1, há duas assertivas que se opõem à fundamentação de base do IRDI e que são repetidas na Ficha 2. As assertivas excluem a importância do aspecto relacional para a saúde e desenvolvimento do bebê, portanto, a resposta coerente com o IRDI seria “Discordo”.

Na primeira aplicação, 26,7% dos ACS responderam “Concordo” à questão *A saúde orgânica do bebê é suficiente para seu desenvolvimento como ser humano*; na segunda aplicação, 33,9%.

Comparando as respostas às assertivas que apresentam situações cotidianas com um cuidador com as respostas à assertiva mencionada acima, que elide tais situações, nota-se que os ACS se saíram melhor nas primeiras. A primeira consideração que pode ser aventada é que não se dá tanta importância ao aspecto relacional para a saúde do bebê quando a afirmação requer do ACS uma formulação mais conceitual, como é o caso da assertiva em tela. A segunda consideração é que a ocorrência da expressão *saúde orgânica* pode ter um peso tal que dominou a avaliação feita pelos ACS. Uma terceira consideração que pode ser feita é que talvez esta expressão não tenha sido completamente compreendida pelos ACS, dado que alguns dos participantes revelaram aos monitores não entender a que isso se referia. Fica interrogado, então, se foi possível transmitir, nas assertivas apresentadas, o fundamento do que se queria perguntar

À assertiva: *Para o desenvolvimento do bebê, tanto faz se a mãe fala com ele de maneira especialmente carinhosa ou não*, 13,3% responderam “Concordo” no primeiro momento e, no segundo momento, 10,7%. Refere-se aos itens 2 e 3 do IRDI (A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela - manhês -; A criança reage ao manhês). Esse item parece representar de fato uma novidade para os ACS, como constatado em monitoria. A observação ao manhês entre cuidador e criança é citada pelos participantes como “a grande novidade” do curso. Esperava-se, assim, que no segundo encontro houvesse um aumento de respostas que incluíssem a consideração da maneira como a mãe fala com seu bebê como um fator importante. A apropriação desse indicador, pelos ACS, pode demandar

certo tempo e familiarização, passando inclusive pela incorporação desse na prática dos profissionais.

Na ficha 2, 16,1% dos respondentes disseram “Concordo” à assertiva: *Em relação ao desenvolvimento de um bebê de até 8 meses, não importa se ele dorme mais de dia do que de noite*. O que a embasa é o item 6 do IRDI (faixa de 4 a 8 meses incompletos): A criança começa a diferenciar o dia da noite. A adaptação do bebê aos horários dos pais se trata de um momento importante, apontando para sua entrada no mundo simbólico, da cultura (com regras e determinações culturais e familiares). Pode-se pensar que, para parte dos ACS, a observação da mudança no ciclo de sono do bebê quando atinge a referida idade e seu valor quanto à incorporação de um elemento da cultura é de fato uma novidade. Em monitoria, percebeu-se que as observações para este aspecto geralmente se davam para verificar um sono tranquilo ou agitado.

Sem desconsiderar o que as questões trazem a respeito das concepções dos ACS, é preciso levar em conta, ainda, que as respostas contrárias aos fundamentos do IRDI são aquelas cuja construção da afirmação dada exige um raciocínio invertido, uma discordância. Tal formulação pode ter dado margem à confusão de compreensão e influenciado, em alguma medida, as respostas dadas.

4.2 A PRÁTICA DO ACS COM BEBÊS DE 0 A 18 MESES AO LONGO DA FORMAÇÃO IRDI

Os participantes da formação IRDI responderam quatro Fichas de Acompanhamento do Curso, uma a cada encontro formativo, ao longo de um ano. Destas, analisam-se a seguir as Fichas 1, 2 e 4 (ver APÊNDICE B) por conterem uma questão aberta dizendo respeito à prática dos profissionais com bebês. O objetivo era analisar e situar possíveis influências nessa prática ao longo da formação.

	Ficha 1	Ficha 2	Ficha 4
Questão	<i>Ao avaliar um bebê de até 4 meses, o que se deve buscar saber? Como isso pode ser feito?</i>	<i>Em sua prática com bebês de até 8 meses, a que você procura estar atento? De que maneira?</i>	<i>Em sua prática com bebês de até 18 meses, a que você procura estar atento? De que maneira?</i>
O que se buscava avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos do desenvolvimento infantil já conhecidos e observados pelo ACS; - Como esses aspectos são abordados pelo profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apropriações relativas aos indicadores abordados no Encontro 1; - Como os aspectos do desenvolvimento infantil são abordados pelo profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apropriações relativas aos indicadores abordados nos encontros 1, 2 e 3, pois a questão refere-se a um bebê de até 18 meses. - Como os aspectos do desenvolvimento infantil são abordados pelo profissional
Momento em que foi aplicada	Antes do início da formação	Antes do Encontro 2	Antes do Encontro 4

Quadro 4 - Questões das Fichas de Acompanhamento 1, 2 e 4:

A Ficha 4 também marca o processo de encerramento da formação, que se estendeu por cerca de dois meses após o Encontro 4, devido à monitoria.

A diferença entre as fichas refere-se à faixa do bebê que está em pauta em cada questão. Se por um lado essa diferença detalha de forma específica o acompanhamento que é feito pelo ACS ao bebê, por outro, imprime uma variável que será uma limitação à comparação feita entre as respostas, no que se refere ao conteúdo do IRDI que foi apreendido. A forma encontrada para contornar essa limitação foi diferenciar o que poderiam ser as antecipações de temas do IRDI – conhecimento prévio dos profissionais – do que poderia ser considerado como apropriações da formação.

Detalham-se a seguir as frequências de respostas (em unidade e percentual) para cada uma das categorias construídas que agrupam as menções. Descrevem-se os resultados das fichas, com foco nas diferenças entre elas e a possibilidade de se fazer inferências sobre apropriações decorrentes da formação IRDI. O contingente é de 56 respondentes para as Fichas 1 e 2 (participantes presentes nos dois momentos). No caso da Ficha 4, foram analisadas as respostas dos 24 participantes que responderam às três fichas, de modo a manter o caráter longitudinal e minimizar as perdas da mostra.

Desses 24, apenas dois não receberam nenhum tipo de acompanhamento pela monitora. O restante estava presente em ao menos uma supervisão em grupo e sete deles passaram por monitoria individual, o que demonstra a importância desse dispositivo para a permanência dos participantes na formação.

Categoria	Nº de unidades de resposta	Percentual
Alimentação	47	15,7
Vacinas	38	12,7
Desenvolvimento motor e psicomotor	32	10,7
Acompanhamento em AE, em grupos ou consultas na UBS	32	10,7
Avaliação dos sentidos	23	7,7
Crescimento (verificação de medidas)	22	7,3
Ambiente e condições sociais da família	22	7,3
Desenvolvimento físico, desenvolvimento geral	17	5,7
Ações do ACS (visita domiciliar, informações e atenção à mãe e ao bebê)	16	5,3
Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso	15	5,0
Desenvolvimento cognitivo, sinais neurológicos e reflexos	8	2,7
Aspectos que se aproximam do IRDI – Faixa 1	8	2,7
Expressões do bebê (brincadeira, balbucios) e outros aspectos que apontam o IRDI de faixas posteriores	7	2,3
Interação com cuidadores	6	2,0
Histórico da saúde do bebê e da mãe, medicamentos, intercorrências	5	1,7
Desenvolvimento psicológico e emocional	2	0,7
Total de unidades de respostas analisadas	300	100,0

Quadro 5 – Categorias de respostas à Ficha 1

Fonte: Análise e categorização realizadas pela pesquisadora

Total de respondentes: 56

A Ficha 1 foi respondida pelos ACS cerca de 15 dias antes de iniciarem a formação IRDI. Considera-se que as descrições sobre a prática com bebês de 0 a 4 meses, neste momento, são representativas da maneira como atuam em seu dia a dia, antes de entrarem em contato com os indicadores. Feita essa consideração, é interessante observar as seis categorias mais mencionadas nas respostas: “Alimentação”, “Vacinas”, “Desenvolvimento Motor e Psicomotor”, “Acompanhamento em AE (atendimento de enfermagem), em grupos ou consultas na UBS” e “Avaliação dos Sentidos” e “Crescimento”. As categorias citadas têm como enfoque a saúde orgânica do bebê e os ganhos relativos a sua faixa etária. É evidente que tais aspectos são relevantes para o desenvolvimento do bebê, mas para os objetivos deste trabalho, ressalta-se a diferença destes em relação à concepção adotada de que tais ganhos se dão articulados à questão subjetiva e que as expressões do bebê na relação com seus cuidadores é um importante indicativo de saúde psíquica, refletindo também em sua saúde de forma geral.

A relação do bebê com seu entorno é considerada pelos ACS principalmente em seu aspecto funcional. Isso se verifica em especial nas respostas agrupadas na terceira e quinta categorias mais citadas - Desenvolvimento motor, agrupando: “observar coordenação do bebê”, “se pega objeto com força”, “movimentos”, “rola”, “levanta ombros”. Avaliação dos sentidos: “bebê procura o som”, “acompanha estímulo visual”, “olha para o lado certo de onde estão chamando”.

A alimentação é o aspecto a que os ACS dão maior atenção em relação a um bebê dessa idade (15,7% das menções). Também é abordada no Indicador 22 do IRDI, relativo à faixa etária de 8 a 12 meses incompletos: “A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada”. No entanto, o enfoque dado é completamente diferente nos dois casos. As unidades de respostas dos ACS agregadas nesta categoria remetem-se, em sua maioria, à necessidade de se verificar se o bebê está em aleitamento materno, como está ocorrendo a “pega”, se este tipo de alimentação é exclusivo ou misto e, caso não esteja ocorrendo, a importância de orientar a mãe a fazê-lo. Quando citam “alimentação” de uma forma mais ampla, não é especificado que aspectos estão sendo observados.

Em contrapartida, o item do IRDI relativo à alimentação diz respeito a um bebê mais velho, e tenta apreender se a criança está adentrando o campo cultural ao aceitar alimentos que não apenas o leite da mãe. Em trabalho de ampliação teórica da fundamentação dos indicadores, Pesaro (2010) afirma que, ao ocorrer o desmame, a criança assume uma posição

mais ativa, e a mãe pode dividir com outras pessoas o papel da alimentação de seu filho. É o período da entrada no universo de trocas e prazeres diversificados, deslocados em relação à mãe, podendo explorar melhor seu corpo, sua boca e outros sabores.

A maneira como os ACS consideram a relação do bebê com seu entorno é marcada por um olhar para a família, mas também não se trata do mesmo enfoque dado por este trabalho. É expressa na categoria “Ambiente e Condições Sociais da Família” (22 unidades de resposta para essa categoria, ou 7,3% do total), explicitada pelas seguintes respostas: “riscos do ambiente”, “cuidados com higiene do bebê”, “higiene da casa”, “condições de moradia” e “bem-estar da criança”, entre outros.

Essa forma de atuação articula-se ao campo de estudo das “condições de saúde”, que auxilia no direcionamento das ações sociais e de saúde. Inserindo-se nessa área, o estudo de Ventura et al. (2008) aponta que em Embu das Artes e região existe uma relação entre desigualdades e mortalidade infantil, ressaltando a importância do tipo de prática dos profissionais em questão. Com base em estudo realizado em 1996 em Embu das Artes, Puccini et al. (2003) também encontram associação entre estratos de condições de vida menos favorecidos, dificuldades de acesso aos dispositivos de saúde, deficiências na qualidade da atenção e intercorrências neonatais.

Algumas categorias podem ser consideradas mais próximas do IRDI, seja por convergir com alguns de seus fundamentos ao valorizar a dimensão relacional do desenvolvimento, seja por fazer referência à mesma expressão fenomênica apontada por algum item dos indicadores. Nesse último caso, isso não significa, contudo, que a observação citada nas respostas seja equivalente àquela orientada pela formação, mas indica um ponto de cruzamento relevante. As seis categorias que optamos considerar mais próximas dos IRDI e que, portanto, serão enfocadas na análise são:

- “Interação com cuidadores”;
- “Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso (comportamento do bebê)”;
- “Aspectos que se aproximam do IRDI da primeira faixa (olhar, choro, grito, resmungo)”
- “Expressões do bebê (brincadeira, balbucios) e outros aspectos que apontam o IRDI de faixas posteriores”- na Ficha 1.
- Para a Ficha 2: “Aspectos que antecipam IRDI – Faixas 2 e 3”.
- Na Ficha 4: “Aspectos que antecipam o IRDI – Faixa 4”.
- Desenvolvimento psicológico e emocional

Também se deu especial atenção à categoria “Ações do ACS”, englobando respostas como “visita domiciliar”, coleta ou prestação de “informações” e “atenção à mãe”. Essa categoria descreve a maneira como abordam os aspectos do bebê citados por eles e será analisada em item à parte.

Na Ficha 1, entre todas as 16 categorias, “Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso” (5%) é a 10ª em frequência. Entre as categorias com ponto de cruzamento com o IRDI é a que mais aparece. Para um bebê da idade em questão, ainda pequeno, este não parece ser um aspecto considerado muito relevante.

As frequências das outras categorias dentro desse grupo foram de 2,7% para “Aspectos que se aproximam do IRDI da primeira faixa (olhar, choro, grito, resmungo)”, 2,3% para “Expressões do bebê e outros aspectos que apontam para IRDI de faixas posteriores (brincadeira, sorriso, balbucios)” e 2,3% para “Interação com cuidadores”. As menções a “Desenvolvimento psicológico e emocional” do bebê foram de 0,7%.

A necessidade de se criar a categoria “Aspectos que se aproximam do IRDI da primeira faixa (olhar, choro, grito, resmungo)” já na Ficha 1 demonstra que alguns aspectos abordados no Primeiro Encontro de Formação provavelmente já eram conhecidos pelos ACS, o que é um dado importante. A maioria das citações, no entanto, não evidencia o substrato que baliza as observações e se elas produzem alguma consequência na prática do ACS - um alerta no caso de sua ausência, por exemplo. São respostas como: “choro”, “olhar do bebê” ou “se o bebê reage ao ouvir a voz da mãe”, entre outras.

Embora ainda não carreguem a particularidade, especificidade e concepção que o IRDI comporta, considerações referentes ao choro, ao olhar do bebê e sua reação à voz da mãe podem ser consideradas um bom “ponto de partida” para a formação. A maneira como essas expressões passaram a aparecer nas respostas após o Primeiro Encontro de Formação será abordada a seguir, a partir das respostas obtidas à pergunta da Ficha 2.

Categoria	Nº de unidades de resposta	Percentual
Desenvolvimento motor e psicomotor	62	20,9
Aspectos que antecipam IRDI – Faixas 2 e 3	46	15,5
Alimentação	29	9,8
Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso, comportamento do bebê	25	8,4
Aspectos que se aproximam do IRDI – Faixa 1	23	7,7
Vacinas	19	6,4
Desenvolvimento físico, desenvolvimento geral	19	6,4
Ambiente e condições sociais da família	19	6,4
Acompanhamento em AE, grupos ou consultas na UBS	13	4,4
Interação com cuidadores	13	4,4
Crescimento (verificação de medidas)	11	3,7
Ações do ACS (visita domiciliar, informações e atenção à mãe)	9	3,0
Histórico da saúde do bebê e da mãe, medicamentos, intercorrências	6	2,0
Avaliação dos sentidos	1	0,3
Desenvolvimento cognitivo, sinais neurológicos e reflexos	1	0,3
Desenvolvimento psicológico e emocional	1	0,3
Total de unidades de respostas analisadas	297	100,00

Quadro 6 – Categorias de respostas à Ficha 2

Fonte: Análise e categorização realizadas pela pesquisadora

Total de respondentes: 56

Observa-se, nas respostas obtidas à Ficha 2, a alteração na ordem das categorias mais citadas, em relação à Ficha 1. É preciso considerar que agora o bebê em questão está mais desenvolvido, tendo de 4 a 8 meses incompletos, o que pode ter o efeito de facilitar a observação e descrição de alguns de seus aspectos. De qualquer maneira, a mudança de frequência das categorias citadas e a maneira como as unidades de resposta passaram a aparecer dentro de cada grupo de categoria permitem inferir que houve efeitos iniciais do Primeiro Encontro de Formação e das monitorias que se deram até a data do segundo encontro, quando foi preenchida a Ficha 2.

As unidades de resposta relativas aos cuidados em saúde conduzidos por especialistas (enfermeiros ou pediatras) apareceram em menor frequência, assim como alguns aspectos relativos à saúde orgânica: “Vacinas”, “Avaliação de sentidos” ou “Acompanhamento em AE, grupos ou consultas na UBS”.

O “Desenvolvimento Motor e Psicomotor” permanece como um importante aspecto orientador da atenção dos ACS no trabalho com bebês (20,9% do total de menções). É interessante lembrar que na ficha anterior, o aspecto mais observado era a alimentação, o que condiz com a diferença entre os ganhos funcionais atrelados às faixas etárias correspondentes (do reflexo de sucção e outros para os movimentos voluntários). A “Alimentação” continua a ser uma das prioridades (29 ou 9,8%), mas à frente dessa categoria está o grupo de respostas “Aspectos que antecipam IRDI – Faixas 2 e 3”, com 46 menções ou 15,5% do total.

Essa categoria em particular levanta a questão acerca do que pode ser considerado como uma apropriação de ideias gerais do IRDI ou como um sinal de que as expressões do bebê já têm um lugar importante na prática dos ACS, principalmente quando se trata de uma criança um pouco maior. Difícil avaliar, visto que, a princípio, os respondentes não haviam tido contato com esses itens, mas apenas com alguns fundamentos que perpassam a formação. Mesmo que se trate de um conhecimento prévio do profissional, ao aparecer como a segunda categoria mais mencionada, supõe-se que a importância dada a esses aspectos nesse momento seja efeito da formação.

Esse argumento pode ser confirmado pelo fato de que outras duas categorias do grupo que têm aproximação com o IRDI passaram a aparecer entre as cinco mais citadas na Ficha 2: “Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso (comportamento do bebê)”, com 25 menções ou 8,4% e “Aspectos que se aproximam do IRDI – Faixa 1”, com citações ou 7,7% do total. O aumento das menções a essa categoria também é um bom indicador para a formação.

Seguindo o cronograma dos encontros formativos, os ACS responderam a Ficha 3 em agosto de 2011 e a Ficha 4, em dezembro e janeiro de 2012 (houve dois encontros finais para contemplar a disponibilidade dos participantes). Para fim de comparação entre os momentos do curso, apenas a Ficha 4 será analisada a seguir, por seguir o formato das anteriores.

É importante lembrar que a questão respondida pelos profissionais na Ficha 4 referia-se a todo o período abordado pelo IRDI, totalizando os 18 meses do bebê. Além disso, ela foi respondida um ano após o início da formação e do preenchimento da Ficha 1.

Categoria	Nº de unidades de resposta	Percentual
Ações do ACS	18	18,0
Desenvolvimento motor e psicomotor	12	12,0
Aspectos que se aproximam do IRDI- Faixa 3	11	11,0
Aspectos que antecipam o IRDI – Faixa 4	9	9,0
Interação com cuidadores e com outras crianças	9	9,0
Ambiente e condições sociais da família	7	7,0
Aspectos que se aproximam do IRDI – Faixa 2	5	5,0
Acompanhamento em AE, grupos ou consultas na UBS	5	5,0
Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso	5	5,0
Vacinação	4	4,0
Desenvolvimento físico, desenvolvimento geral	4	4,0
Histórico de saúde do bebê e da mãe, medicamentos, intercorrências	3	3,0
Alimentação	3	3,0
Avaliação dos sentidos	3	3,0
Aspectos que se aproximam do IRDI- Faixa 1	1	1,0
Desenvolvimento psicológico e emocional	1	1,0
Total de unidades de respostas analisadas	100	100

Quadro 7 – Categorias de respostas à Ficha 4

Fonte: Análise e categorização realizada pela pesquisadora a partir da Ficha de Acompanhamento 2 da formação IRDI para ACS.

Total de respondentes: 24

As “Ações do ACS” passaram a ser a categoria mais citada (18,0%). Referem-se ao método de abordagem dos aspectos que consideram importantes: “observando”, “conversando”, “procurando saber o máximo de informações”, “estando atento”, “dando orientações”, “verificando nas visitas domiciliares”. A variação dessa categoria ao longo da formação é analisada separadamente no item 4.2.2.

A categoria “Desenvolvimento motor e psicomotor” (12,0%), mostrou-se um orientador constante para a prática dos profissionais, nos três momentos registrados. Em

referência a crianças de até 18 meses, este aspecto surge em menções como: “movimentos da criança”, “modo de andar”, “se já caminha”, “coordenação motora”, entre outros.

Em seguida e entre as cinco categorias mais citadas, surgem algumas relativas ao IRDI: “Aspectos que se aproximam do IRDI - Faixa 3” (11,0%), “Aspectos que antecipam o IRDI – Faixa 4” (9,0%) e, de forma aproximativa, “Interação com cuidadores e com outras crianças” (9,0%).

“Ambiente e condições sociais da família” teve 7% de menções, pouco mais que os 5% registrado para as categorias: “Aspectos que se aproximam do IRDI – Faixa 2, “Acompanhamento em AE, grupos ou consultas na UBS” e “Bebê é ativo ou não, responsivo aos estímulos, curioso”.

De modo geral, a quarta ficha mostra que o conjunto de categorias referentes ao curso aparece à frente de aspectos priorizados no momento inicial da formação, como “Crescimento” (que não foi mencionado) ou “Vacinação” (4%), “Desenvolvimento físico, desenvolvimento geral” (4%), “Histórico de saúde do bebê e da mãe, medicamentos, intercorrências” (3%), “Alimentação” (3%) e “Avaliação dos Sentidos” (3%). Entretanto, a categoria “Aspectos que se aproximam do IRDI – faixa 1” foi citada apenas uma vez (1%), com referência ao olhar do bebê.

A categoria “Desenvolvimento psicológico e emocional” (1,0%) aponta para uma aproximação com os IRDI, embora não aborde as sutilezas dos indicadores. Essa categoria mostra que aspectos relacionados aos IRDI podem ser referidos de maneira não literal – o que inclusive é esperado que ocorra. O conteúdo apreendido ou incorporado, por vezes não pode ser verbalizado e quando o é, dificilmente acontece de forma que os enunciados coincidam com o material dado (apostilas, protocolos, slides). Sempre haverá uma tradução, decorrente do repertório de saberes e experiências do profissional, para nomear algo que foi incorporado na formação traduzido segundo suas próprias concepções.

4.2.1 Categorias relacionadas ao IRDI nos diferentes momentos da formação

Seguem-se as comparações entre as categorias relacionadas aos IRDI nos três momentos abordados. Este grupo de categorias, cujas menções foram mais ou menos próximas dos itens dos indicadores, surgiram de forma espontânea nas respostas dadas pelos ACS à questão aberta relativa a sua prática.

Gráfico 9 – Menções com intersecção com o IRDI (%)

Fonte: Autoria própria

O gráfico mostra um aumento progressivo da categoria “Interação com cuidadores”, passando de 2,0% na etapa inicial para 4,4% na etapa intermediária e para 9% na final. As menções a “Bebê ativo ou não, responsivo” subiram inicialmente, de 5% para 8,4%, mas declinaram para os mesmos 5% da Ficha 1. Já “Desenvolvimento psicológico e emocional” foi pouco citado, variando apenas de 0,7% do momento inicial para 1,0% no final.

Uma inferência que o gráfico sugere é a de que, após o contato inicial com os indicadores (Ficha 2), estes podem ter sido apreendidos como índice da atividade/responsividade do bebê (esperto, ativo, percebe as coisas e pessoas ao redor). Ao longo da formação, contudo, passou-se a valorizar a vertente da “Interação com cuidadores”, que por isso agrupou maior número de menções na Ficha 4.

Gráfico 10 – Menções diretas ou que se aproximam de itens dos IRDIs (%)

*No caso da Ficha 1 e 2, trata-se de antecipações feitas pelos ACS

Fonte: autoria própria

Observa-se, da Ficha 1 para a Ficha 2, um aumento considerável na frequência de unidades de respostas categorizadas em “Aproximações com IRDIS – faixa 1”, de 2,7% para 7,7% . A análise dessa categoria apresenta um interesse particular, visto que os indicadores com os quais ela se aproxima (item 1 a 5) foram discutidos no primeiro encontro, sugerindo fortemente que o aumento verificado se deu devido à apropriação do IRDI. A análise das unidades de resposta agrupadas nessa categoria no segundo momento reforça essa ideia, pois surgem menções que apontam para algum enlaçamento entre mãe e bebê por meio da voz e do olhar: “como a mãe age com o seu bebê”, “reações da criança com a mãe”, “jeito que o bebê responde”.

No que se refere à “Aproximações com IRDI das faixas 2 e/ou 3”, englobando menções sobre expressões como sorriso, gestos, balbucios e brincadeiras do bebê, o aumento foi ainda maior, de 2,3 para 15,5%. Como discutido anteriormente em relação aos efeitos da formação, esse aumento ainda está questionado, pois parece apontar para uma antecipação dos itens pelos ACS, ou seja, de um conhecimento que já possuíam sobre esses aspectos do bebê. O que se considera como provável efeito da formação é a valorização deste aspecto.

É preciso considerar, inclusive, que mesmo no momento em que nada sabiam do IRDI (ficha 1), já eram capazes de antecipar itens da primeira faixa (2,7% das menções). Isso talvez

se explique pelo fato de que observam bebês em seu dia a dia e podem intuir algumas características de saúde psíquica neles (como a questão do olhar). O enfoque dado à saúde da criança em Embu das Artes também pode ser relevante neste caso.

Na Ficha 4, a frequência de menções a IRDI da faixa 1 foi apenas de 1% (1 menção). Aqui, duas hipóteses são aventadas: os ACS não lembraram desses aspectos decorrido um ano do contato com os IRDI da faixa 1 ou focaram sua resposta em uma criança mais velha, visto que a pergunta referia-se à faixa de 0 até 18 meses.

Quanto aos IRDI da faixa 2 e 3, o percentual quase não se modificou em relação à Ficha 2, subindo para 16%. Esperava-se um aumento maior, fruto da apropriação do conteúdo do encontro 2. Em relação à faixa 4 dos IRDI, as antecipações somavam 9% das menções.

Gráfico 11 – Total de menções a categorias relacionadas aos IRDIS (%)

Fonte: Autoria própria

O gráfico acima representa a soma das categorias explicitadas nos dois gráficos anteriores, para cada um dos momentos avaliados no curso. Com ele é possível inferir que, mesmo que os ACS já possuam algumas noções abordadas na formação IRDI, esta experiência agregou conteúdo relativo ao protocolo e seus fundamentos. Isso se verifica pela diferença entre os 12,7% de menções a categorias com alguma relação com os IRDI na Ficha 1 e os 37% contabilizados na Ficha 2. Neste momento, os profissionais já haviam participado do encontro 1 e das primeiras monitorias. No último momento avaliado, a frequência dessas

categorias subiu para 41%. Como este número inclui as antecipações referentes apenas a quarta faixa, o que é possível dizer é que o conteúdo relacionado ao IRDI que foi apreendido subiu do encontro 1 para o 2 e praticamente se manteve no 4.

Considerando ainda a queda no número de aplicações IRDI pelos participantes (Gráfico 16), é possível afirmar que, em termos gerais e mensuráveis, o primeiro encontro de formação teve maior impacto do que os demais. Talvez isso se deva ao impacto inicial causado pelo tema, expectativas, maior apoio das unidades no início da formação e a crescente complexidade e variedade nos itens do IRDI a partir da faixa 2.

4.2.2 As ações do ACS em relação ao desenvolvimento infantil: importância, descrição e novos sentidos ao longo da formação.

A forma como os ACS abordam os aspectos do desenvolvimento infantil que consideram relevantes foi possível de ser situada principalmente por meio de duas categorias de análise: “Ações do ACS” e “Acompanhamento em Atendimento de Enfermagem ou consultas na UBS para o acompanhamento dos bebês”. Pareceu-nos interessante destacá-las, visto ter havido uma variação em sua frequência ao longo da formação. O conteúdo das menções agrupadas nessas categorias também se modificou, levantando questões sobre a prática dos profissionais e a influência da formação IRDI nela.

Gráfico 12 – Menções às ações do ACS X Acompanhamento em Atendimento de Enfermagem ou consultas na UBS para o acompanhamento de bebês (%)

Fonte: Autoria própria

A frequência da categoria “Ações do ACS” aumentou consideravelmente na Ficha 4, com 18% de menções agrupadas. Este percentual é maior que o das fichas anteriores, embora tenha havido pequeno declínio nas menções da Ficha 1 (5,3%) para a Ficha 2 (3,0%).

No primeiro momento, anterior à formação, os profissionais citaram em maior proporção o “Acompanhamento dos bebês nos Atendimentos de Enfermagem (AE) ou em consultas pediátricas na Unidade Básica de Saúde (UBS)” (10,7%), demonstrando considerarem que esse papel era, preponderantemente, de outros profissionais. Na Ficha 2, continuaram a mencionar com maior frequência esse tipo de acompanhamento (4,4%) do que sua própria prática (3%), mas a diferença entre o trabalho dos diversos profissionais de saúde tornou-se menor.

Uma das hipóteses para a diminuição dessas menções é a de que, por referir-se a um bebê de até 4 meses incompletos, a Ficha 1 captou uma grande preocupação com os cuidados em saúde do bebê relacionados à prevenção da mortalidade infantil e outras intercorrências nos primeiros meses de vida. Tal hipótese é coerente com a origem do ACS, que se relaciona diretamente ao combate da mortalidade infantil, com a adesão do Brasil à estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), criada pela Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS) e o Fundo das Nações

Unidas para a Infância (Unicef). O objetivo era o de desenvolver iniciativas globais em saúde da criança (OPAS, 2005).

A AIDPI foi adotada no Brasil em 1996, tendo como uma de suas prioridades o combate à mortalidade infantil, sendo instituída primeiramente em municípios com taxa de mortalidade infantil superior a 40 mortes por mil nascidos vivos. Em sua origem, outro critério para a adesão à AIDPI era que os municípios tivessem implantado o antigo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (Pina, 2007). Ainda assim, chama atenção que ACS oriundos do programa que visou à redução da mortalidade refiram sua participação em metade das vezes da participação de outros profissionais, como visto na ficha 1.

O aumento de menções a “Ações do ACS” na quarta ficha levanta dúvida sobre se houve uma valorização da prática ou se decorre do maior detalhamento à segunda parte da questão proposta: *Em sua prática com bebês de até 18 meses, a que você procura estar atento? De que maneira?*

Também pode relacionar-se ao crescimento do bebê, o que abriria a possibilidade para maior gama de ações. Essa segunda hipótese, no entanto, contradiz as justificativas dos participantes para a queda da aplicação dos IRDIS da Faixa 4 (Gráfico 16). Segundo eles, a essa idade as crianças já estão frequentando as creches ou ficam na casa de parentes ou vizinhos, o que dificulta o acompanhamento de seu desenvolvimento.

Toma-se aqui como pressuposto teórico que as modificações no discurso (expressas na resposta) apontam novos sentidos e posicionamentos. Assim, supõe-se ter havido a valorização do papel dos ACS no que se refere ao acompanhamento de bebês, o que os incentivou a pôr em relevo a parte que lhes cabe no que se refere ao desenvolvimento infantil.

O conteúdo das menções agrupadas nessas categorias modificou-se um pouco nas três fichas analisadas. Na ficha 1, a maioria das menções cita as “visitas domiciliares”, sem maiores especificações, ou “avaliado nas visitas domiciliares”. Também há referências a “observações”; “atento com a mãe quando sai da maternidade”, “averiguar se já estava assinado”, “pergunta aos pais”.

Entre as unidades de resposta, é interessante notar que os ACS citam as visitas domiciliares como um modo de acompanhamento do bebê. Ressalta-se, em negrito, a menção a (bebê) “avaliado **até mesmo** por agentes comunitários”, o que mostra que, se por um lado eles se implicam nesse papel, este parece secundário devido às hierarquias das instituições de saúde, marcada pelo saber do médico e dos enfermeiros. Esse tipo de posicionamento é frequente, o que será discutido no material discursivo surgido nas monitorias.

Na Ficha 2, apesar da diminuição no número de unidades de respostas, é interessante notar o surgimento de duas menções novas: “detecção de alguns problemas” e “quando observamos algo diferente”, referindo-se à incorporação de uma nova atribuição ou implicação, provavelmente suscitada pela Formação IRDI. As demais menções são variações de: “visita domiciliar”, “observando”, “acompanhando” e uma menção a “orientações”.

Já na Ficha 4, aparecem menções a orientações (3) e outras que se alinham às seguintes: “observando”, “conversando”, “procurando saber o máximo de informações”, “perguntando”, “estando atento”, “verificando nas visitas domiciliares”.

A variação na frequência e conteúdo da categoria “Ações do ACS”, aliada à diminuição de “Acompanhamento dos bebês nos Atendimentos de Enfermagem (AE) ou em consultas pediátricas na Unidade Básica de Saúde (UBS)” da Ficha 1 para a Ficha 4 aponta que os ACS foram valorizando mais e atribuindo novos sentidos a sua prática. O aparecimento de categorias relacionadas à detecção de problemas de desenvolvimento na Ficha 2 – ocasião de maior impacto da proposta - e o maior número de menções a “Orientações” na Ficha 4 confirmam o que foi observado na monitoria: a passagem gradual, da detecção, para a utilização do IRDI como balizador das orientações que esses profissionais já realizavam em suas visitas, na perspectiva da Promoção à Saúde. Esse uso é evidenciado em uma referência a “oriento as mães a ajudar (sic) seus bebês” e também pode explicar a queda na utilização formal do instrumento.

4.3 Apreensão de conteúdos relativos ao IRDI por lembrança solicitada

Embora os objetivos da pesquisa visem a efeitos mais amplos do que a aplicação do protocolo, considerou-se a apreensão dos itens um ponto de partida interessante, seja de forma literal ou aproximativa, ou ainda, dos fundamentos do que eles abarcam. Um dos aspectos levantados pela Ficha 3 (ver APÊNDICE B) é o fato de que os ACS conseguiram referir-se ao protocolo, quando solicitados explicitamente. Por ter sido aplicada em um dos momentos intermediários da formação, a análise refere-se aos encontros 1 e 2, embora tenham surgido respostas sobre a faixa 3 do protocolo, abordada em momento posterior.

Tabela 2 – Apreensão dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento infantil (n e %)

<i>Quais itens do IRDI você se lembra de cabeça?</i>		
	Frequência (f)	Percentual %
Menções diretas a itens do IRDI	59	73,7
Menções aproximativas a itens do IRDI	9	11,3
Menções a fundamentos do IRDI	6	7,5
Não se lembra de nada com relação ao IRDI	4	5,0
Menções não relacionadas ao IRDI	2	2,5
Total de respostas	80	100

Total de respondentes para a questão: 32

Fonte: Ficha de Acompanhamento 3 da Formação IRDI para ACS

As respostas à questão aberta sobre a lembrança espontânea dos itens eram, em sua maioria (73,7%), menções diretas a itens do IRDI, expressas, por exemplo, em: “mamanhês”; “Reação ao mamamhês”; “como é o sono do bebê durante o dia e à noite”; “mãe conversa com o bebê”.

Em 11,3% dos casos, a análise considerou que as menções se aproximavam de alguns itens do IRDI, embora não o expressassem completamente, como também foi observado na análise das questões abertas. Assim, “olhar do bebê”, por exemplo, possui uma relação com itens como *Há troca de olhares entre a mãe e a criança* (faixa 1) ou *A criança procura ativamente o olhar da mãe* (faixa 2), embora não explicitem a importância da troca ou da iniciativa da criança nessa busca do olhar, como os itens buscam exprimir.

Em relação aos fundamentos do IRDI (ideias que embasam ou se aproximam dos itens), as menções foram bem menores, somando 7,5%: “a forma de comunicação mãe-bebê” e “modo como a mãe se dirige ao filho” parecem apontar para uma atenção voltada ao tom de voz da mãe e troca de gestos entre eles, o que aponta para diversos itens, assim como a menção à “interação mãe-bebê”. Já a menção “mãe deixa o bebê ter suas próprias atitudes” articula-se a um aspecto abordado por diversos itens do IRDI e que se mostrou de difícil apreensão: assim como a presença do cuidador é importante para o bebê, em determinado momento também se faz necessário a ausência dele para que a criança manifeste suas próprias necessidades e expressões.

Houve menções cuja relação com o IRDI é mais distante, da maneira como foram citadas: “Cuidados direcionados à criança” e “Importância do carinho da mãe ou cuidador”. Considerou-se que tais respostas apontam uma dimensão de cuidado e atenção em relação ao bebê, apesar de não trazerem as especificidades contidas nos itens ou fundamentos do IRDI.

Afirmaram não se lembrar de nada 5% dos respondentes da questão. Considerando os 32 respondentes para esta pergunta, a média de itens lembrados nessas três categorias foi de cerca de dois itens por participante. Excluindo-se quatro participantes que disseram não lembrarem de nenhum, o número mínimo lembrado foi de um item, e o máximo, de cinco itens (no caso de um participante). Quatro ACS lembraram-se de quatro itens do IRDI.

A menção a “Acompanhamento geral do bebê” (2,5%) foi considerada não relacionada ao IRDI por ser ampla demais, não esclarecendo se o participante apreendeu os aspectos tratados na formação.

No momento em que os participantes responderam à presente questão, já haviam entrado em contato com os itens da faixa 1 e 2. Portanto, era de se esperar que se remetessem a itens dessas duas faixas. Contudo, as referências foram muito maiores na primeira faixa (total de 51) do que na segunda (15), o que aponta para o maior impacto do contato inicial com os indicadores. Também apareceram algumas referências a itens da faixa 3 (5 menções), seja de forma direta ou aproximativa. Da maneira como foram citadas, algumas menções se aproximam de itens de mais de uma faixa do IRDI, que abordam aspectos semelhantes.

As tabelas a seguir mostram as referências aos itens por faixa.

Tabela 3 - IRDIs lembrados da Faixa 1 - 0 a 4 meses incompletos do bebê. (n)

Menções diretas a itens do IRDI	f
Mãe identifica motivo do choro do bebê (IRDI 1)	10
Mamanhês (IRDI 2)	21
Reação ao mamanhês (IRDI 3)	7
Troca de olhares entre a mãe e a criança (IRDI 5)	10
Menções aproximativas a itens do IRDI (~)	f
Mãe olha nos olhos do bebê (~ IRDI 5)	1
Olhar do bebê (~ IRDI 5)	1
Total	50

Fonte: Ficha de acompanhamento 3 da Formação IRDI para ACS

É interessante perceber o alto número de itens relativos à faixa 1, principalmente por meio de menções diretas, o que aponta que a apreensão dos conteúdos relativos ao primeiro encontro de formação parece ter sido alta. Embora os ACS tenham demonstrado durante as aplicações certa dificuldade em perceber alguns aspectos no bebê em seus primeiros meses de vida, os itens parecem ter sido fixados. Como se vê a partir da tabela, de cinco itens existentes da referida faixa do IRDI, apenas o item 4 não foi citado: *A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação* – o que aponta para a dificuldade na transmissão de um dos eixos do

IRDI (Presença-Ausência), expresso neste indicador e em outros. De todos os itens citados nas três faixas, o mamalhês foi o mais lembrado. O impacto do conhecimento da importância desta modalidade de fala melodiosa da mãe também foi mencionado nas fichas 1 e 2, mas o fato de ter se sobressaído na análise da ficha 3 mostra que este impacto se manteve ao menos até o terceiro encontro da formação.

Tabela 4 - IRDIs lembrados da Faixa 2 - 4 a 8 meses incompletos do bebê. (n)

Menções diretas a itens do IRDI	f
Como é o sono do bebê durante o dia e à noite (IRDI 6)	2
Mãe conversa com o bebê (IRDI 9)	3
A criança faz balbucios, sorri ou olha, reagindo a chamado (IRDI 10)	5
Menções aproximativas a itens do IRDI (~)	f
Se o bebê tenta chamar a atenção da mãe (~IRDI 7, 8 e 13)	2
Comportamento do bebê quando é chamado pelo nome (~IRDI 10)	1
Criança observa e identifica cuidador (~IRDI 11)	1
Olhar do bebê (~ IRDI 10 e 11)	1
Total	15

Fonte: Ficha de Acompanhamento 3 da Formação IRDI para ACS

Entre os oito itens da faixa 2 do IRDI (de 6 a 13), três foram citados: 6, 9 e 10. Se incluirmos as menções aproximativas, temos referências aos itens 6, 7, 8, 9, 10 e 11. Assim, faltariam menções ao item: 12 - *A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.*

É preciso considerar, no entanto, que a partir da Ficha 2 as aproximações citadas são muito abrangentes, não abordando as questões fundamentais do item com que guardam relação. Embora abordem o fato de o bebê tentar chamar a atenção da mãe, o item 7 do IRDI inclui a presença de expressividade do bebê: *A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.* Sua iniciativa e capacidade de espera da mãe são abordadas no caso do item 8- *A criança solicita a mãe ou cuidador e faz um intervalo para aguardar sua resposta.* Esta mesma postura ativa do bebê é considerada no item 13- *A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.*

A referência ao “olhar do bebê”, de modo inespecífico, também não demonstraria a iniciativa e o vínculo que já está se estabelecendo entre mãe e cuidador nesta faixa etária, como expresso pelo item 11- *A criança procura ativamente o olhar da mãe ou cuidador.*

Em relação à menção aproximativa ao item 10 do IRDI, embora seja interessante pensar na reação do bebê ao ser chamado pelo nome, o item especifica quais comportamentos demonstram a relação que está sendo construída com o cuidador: olhar, balbucios ou sorriso

direcionados a quem o chama, como em *10- A criança reage (olhando, prestando atenção, sorrindo ou balbuciando) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.*

A faixa 3 do IRDI ainda não havia sido abordada. Contudo, um item dela e algumas aproximações apareceram nas respostas, como se pode ver na tabela abaixo.

Tabela 5 - IRDIs antecipados da Faixa 3 - 8 a 12 meses incompletos do bebê. (n)

Menções a itens do IRDI	F
Bebê faz birra e mãe entende (IRDI 14)	1
Menções aproximativas a itens do IRDI	
Bebê se interessa em manipular objetos (~QDC 3)	2
Criança observa e identifica cuidador (~IRDI 18)	1
Se a criança pega objetos sozinha (~QDC 3)	1
Total	5

Fonte: Ficha de Acompanhamento 3 do curso de Formação IRDI

O IRDI 14 foi citado uma vez (*A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção*). Embora as palavras sejam diferentes, a resposta dada pelo ACS é precisa quanto a seu conteúdo. Houve uma aproximação em relação ao item 18 do IRDI: *A criança estranha pessoas que ela não conhece*. Considera-se que ao estar atento se a criança observa e identifica o cuidador, o ACS tem em mente a ligação familiar que está sendo construída; contudo, o indicador dá um passo além ao indagar se a criança não apenas conhece o familiar, mas não toma a todos dessa mesma maneira. Assim, na fase de 8 a 12 meses, o estranhamento seria um sinal de saúde psíquica.

Duas aproximações foram feitas em relação ao Questionário de Desenvolvimento da Comunicação (QDC) (Bursztejn et al., 2003; Crespin et al, 2005). Esta pesquisa inseriu dois itens desse instrumento validado por pesquisadores franceses - QDC 3 e 6 - à faixa 3 do IRDI, como uma maneira de abordar aspectos relativos à postura e desenvolvimento motor. As referências a “Bebê se interessa em manipular objetos” e “Se a criança pega objetos sozinha” podem ter alguma relação com o QDC 3 – *A criança pega um objeto ou brinquedo da mão da pessoa que lhe oferece*. Entretanto, nota-se que no QDC há a consideração, fundamental, acerca do contexto em que uma criança pega um objeto: em uma relação com outra pessoa, na qual o ato de pegar passa pelo impulso de querer se relacionar com alguém, a partir do objeto.

4.4 AS DESISTÊNCIAS, DIFICULDADES E INFLUÊNCIAS DO IRDI NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS

A ficha de acompanhamento 3 também foi pensada para investigar os motivos da desistência do curso, dificuldades com o uso do instrumento, razões para se aplicar ou não o IRDI e influências do protocolo relatadas pelos profissionais por meio de questões fechadas e abertas. Algumas delas serão descritas e analisadas a seguir.

Gráfico 13 – Participação no curso e aplicação do IRDI pelos respondentes da ficha 3 (n)
Fonte: Autoria própria

Respondeu à ficha 3 um grupo de 40 ACS. Destes, 30 estavam participando e 10 já haviam desistido do curso. Os desistentes eram o foco da ficha, embora seu montante não tenha sido o esperado, considerando que do primeiro ao terceiro encontro de formação, esses somavam 36 pessoas. A ficha 3 foi entregue antes do terceiro encontro, diretamente nas unidades de saúde. Assim, também há 9 pessoas que compareceram a esta etapa da formação, mas não preencheram a ficha. Dos 30 participantes, 28 afirmaram estar aplicando o IRDI.

Os respondentes assinalavam se estavam ou não participando e, em caso negativo, justificavam, em resposta aberta, o porquê da não-participação. Essas respostas foram categorizadas a partir de análise de conteúdo.

Tabela 6 – Razões da não participação do curso (n e %)

<i>Porque você não está participando do curso?</i>	Frequência (f)	Percentual%
Acha que o tema não traz novidade em relação ao que faz	4	28,7
Falta de interesse e motivação pelo tema do curso	3	21,5
Não gostou do curso	3	21,4
Receio de perceber algo errado e não saber o que fazer	1	7,1
Dificuldade em acompanhar as famílias e os bebês	1	7,1
Deu prioridade a outros cursos	1	7,1
Vê importância do IRDI, mas não se lembra das perguntas	1	7,1
Total	14	100

Fonte: Ficha de acompanhamento 3 da Formação IRDI para ACS

Total de respondentes: 10

As respostas fornecidas pelos participantes ressaltam a tendência de se reduzir a novidade do IRDI, como citado em 4 menções categorizadas como: *Acha que o tema não traz novidade em relação ao que faz*. As respostas englobadas nessa categoria foram: “pensei que fosse um curso diferenciado do que fazemos no dia dia (sic)”; “achei que o curso fosse diferente de trabalho que não são muito conhecidos (sic)”; “esse trabalho já estou fazendo, independente do puerpero ser saudável ou não, fazendo acompanhamento”; “Porque já fazemos este trabalho e se percebemos algo diferente logo passamos para nossos superiores”.

As outras duas categorias mais citadas foram *Falta de interesse pelo tema do curso* e *Não gostou do curso*. Ambas apontam a importância de um engajamento pessoal do participante. Esses resultados convergem com os discursos coletados em monitoria e discutidos no item 1.3.3 deste relatório.

As demais respostas citadas já haviam surgido em relatos espontâneos durante situações informais ao longo do curso de formação. Esperava-se um maior número de menções a *Receio de perceber algo errado e não saber o que fazer* e *Dificuldade em acompanhar as famílias e os bebês*. Embora cada uma tenha sido mencionada apenas uma vez, falas como essas insistem no campo de pesquisa, o que faz pensar que elas correspondam à ordem das questões não explicitadas, mas que têm grande influência no desenrolar da pesquisa. No primeiro caso, dizem respeito tanto a um estranhamento em relação aos bebês e à possibilidade de se encontrar uma patologia tão precocemente, quanto a dificuldades de procedimento nestes casos (locais para encaminhamento) e à percepção de uma desautorização do profissional ACS para detectar problemas de desenvolvimento – historicamente atribuída ao médico. Em relação ao acompanhamento longitudinal das famílias com bebês, os ACS alegam que, a partir dos 4 ou 6 meses de vida – após a licença

maternidade - os bebês passam a ser cuidados por parentes ou vizinhos, ou então, deixados em creche, o que dificulta o acesso a eles nas visitas domiciliares.

A motivação para a aplicação do protocolo IRDI ou para sua não aplicação foi assinalada pelos participantes em uma questão fechada com respostas múltiplas, como apresentado nas duas tabelas que se seguem. Os respondentes poderiam assinalar mais de uma resposta e/ou complementá-las no campo “Outros”.

Tabela 7 - Razões para aplicar o protocolo IRDI (n e %)

<i>Você está aplicando o protocolo IRDI? Se <u>sim</u>, assinale alguma(s) das justificativas abaixo.</i>		
	Frequência (f)	Percentual %
Sinto-me obrigado	-	-
Acho que posso contribuir com a detecção de problemas graves na infância	27	52
Quero aprender mais sobre o assunto	14	27
Acho que faz parte da minha função	11	21
Total	52	100

Fonte: Ficha de acompanhamento 3 da formação IRDI para ACS

Total de respondentes para esta questão: 28

Em sua maioria, os participantes escolheram a resposta *Acho que posso contribuir com a detecção de problemas graves na infância*. Dos 28 respondentes, 27 assinalaram este item, ou 52% das respostas. Também tiveram grande índice de escolha os itens: *Quero aprender mais sobre o assunto* e *Acho que faz parte da minha função* (14 e 11, respectivamente). Ninguém assinalou o item *Me sinto obrigado*, o que mostra o caráter voluntário das aplicações do IRDI pelos ACS. Contudo, chama a atenção que embora pensem que a aplicação seja uma contribuição para a Saúde da Criança, as aplicações dos indicadores tenham sofrido declínio acentuado a partir do terceiro encontro de formação – ocasião próxima ao momento em que responderam a esta ficha. Uma das hipóteses aventadas a partir das falas dos participantes durante a monitoria é a de que eles consideravam como “aplicação do IRDI” não apenas o preenchimento dos dados no protocolo e a entrega deste aos pesquisadores, como também o uso incorporado dos itens em sua prática. Essa hipótese é reforçada pelo fato de apenas 9 participantes terem declarado não estar aplicando o protocolo, de um total de 40 respondentes da ficha 3 - número não condizente com a quantidade de aplicações computadas na pesquisa a partir do terceiro encontro.

Tabela 8 – Razões para não aplicar o protocolo IRDI (n e percentual)

*Você está aplicando o protocolo IRDI? Se **não**, assinale uma das justificativas abaixo:*

	Frequência (f)	Percentual %
A proposta não me interessa	4	36,3
Acho que a avaliação de bebês não faz parte do meu trabalho; é tarefa de outro profissional	2	18,2
Tenho receio de perceber algo errado com o bebê e não saber o que fazer	1	9,1
Não tenho tempo	-	-
Nossa unidade está utilizando os funcionários para diversas funções, não deixando tempo para realizarmos as visitas domiciliares a todos os pacientes*	1	9,1
O primeiro apliquei mais os outros não porque não fui*	1	9,1
De alguma maneira já realizo este trabalho e quando detecto passo para o profissional competente*	1	9,1
Nossa unidade está passando por um período estável (sic) com poucos funcionários. Pela essa falta de funcionários estamos sem tempo para fazer essa aplicação*	1	9,1
Total	11	100

Fonte: Ficha de acompanhamento 3 da formação IRDI para ACS

Total de respondentes para a questão: 9

* Motivos descritos pelos profissionais no campo “Outros”

A justificativa escolhida pela maioria dos profissionais que declararam não estar aplicando o IRDI é a de que *A proposta não os interessa* (4 assinalamentos) ou 36,3% das respostas, o que se assemelha às justificativas para a não participação do curso (falta de interesse, não gostou do curso). Outro motivo foi a percepção de que o uso do IRDI seria parte das tarefas de outro profissional (2 assinalamentos). A este respeito, alguns ACS haviam manifestado a opinião de que seria mais fácil estabelecer uma rotina de aplicação do IRDI nos atendimentos de enfermagem. Diante das dificuldades citadas para acompanhar o bebê após os 4 ou 6 meses, também opinaram que os educadores de creche talvez fossem mais eficazes na tarefa. Contudo, o que não se leva em conta é a fecundidade e diferencial que as visitas domiciliares representam no acompanhamento do desenvolvimento infantil, por propiciarem o vínculo e a observação de aspectos não abordados facilmente nas unidades de saúde.

Entre as justificativas descritas no campo “Outros” pelos profissionais, duas delas referem-se à sobrecarga de trabalho ou entraves decorrentes da dinâmica institucional que atrapalham inclusive a função esperada do ACS, que é a visita domiciliar - como citado em

um dos casos. Já a ideia de que o IRDI não traz novidade em relação ao trabalho que realizam, mencionada anteriormente, reaparece aqui na justificativa: *De alguma maneira já realizo este trabalho e quando detecto passo para o profissional competente*. Contudo, como será descrito na sessão deste relatório dedicada à coleta de dados em monitoria, a aproximação entre o IRDI e a prática usual do ACS pode resultar em confusão (ou desencontro) entre discursos distintos.

Tabela 9 - Grau de dificuldade na aplicação do IRDI quanto a aspectos determinados

Aspectos	Grau de dificuldade - f %				
	Nenhuma	Pouca	Média	Muita	Em branco
Entendimento das instruções dadas no curso	24 60,0%	9 22,5%	1 2,5%	-	6 15,0%
Entendimento dos itens do protocolo	24 60,0%	5 12,5%	1 2,5%	-	10 25,0%
Conciliar a aplicação do protocolo e o trabalho na unidade.	21 52,5%	9 22,5%	3 7,5%	1 2,5%	6 15,0%
Ter apoio de superiores e outros funcionários	22 55%	9 22,5%	2 5,0%	1 2,5%	6 15,0%
Falar da proposta com os cuidadores das crianças	23 57,5%	9 22,5%	2 5,0%	-	6 15,0%
Acompanhar as famílias durante o processo de aplicação (18 meses)	25 62,5%	6 15,5%	2 5,0%	1 2,5%	6 15,0%

Fonte: Ficha de Acompanhamento 3 da Formação IRDI para ACS.

Total de respondentes para a questão: 40

De modo geral, a tabela acima mostra que mais de 50% dos respondentes não teve nenhuma dificuldade nos aspectos listados. Os aspectos nos quais houve maior dificuldade foram: Conciliar a aplicação do protocolo e o trabalho na unidade – 10% disseram haver média ou muita dificuldade; Ter apoio de superiores e outros funcionários e Acompanhar as famílias durante o processo de aplicação – ambos com 7,5% de assinalamentos referentes à média ou muita dificuldade.

Foi perguntado se o curso estava influenciando ou havia influenciado a prática do profissional e de que maneira isso ocorreria. Por se tratar de questão aberta, as respostas sobre o modo de influência foram categorizadas.

Gráfico 14 – Influência do curso IRDI na prática do profissional (n)

Fonte: Autoria própria

Dos 40 ACS que responderam à Ficha 3, 29 deles (72,5%) afirmaram que o curso IRDI teve alguma influência em sua prática. Entre os restantes, 4 (10%) disseram não ter influenciado. Não responderam à questão 7 profissionais (17,5%).

Tabela 10 – Detalhamento da influência do curso IRDI na prática do profissional

<i>Como o curso IRDI influenciou ou tem influenciado a sua prática?</i>		
	F	%
Aprimorou a observação ou o conhecimento sobre a mãe/bebê/família	8	22,2
Aprimorou a observação ou o conhecimento sobre o bebê/desenvolvimento infantil	7	19,4
Aprimorou as orientações à mãe ou à família sobre o contato com o bebê	4	11,1
Ajudou a detectar problemas da mãe e da criança	4	11,1
Gerou aprendizado (sem detalhes)	4	11,1
Melhorou a atenção/olhar (sem detalhes)	3	8,4
Aprimorou o conhecimento técnico sobre problemas de saúde da criança	3	8,4
Gerou maior interesse/aprimorou a relação com a díade mãe-bebê	2	5,5
Influenciou (sem detalhes)	1	2,8
Quantidade de citações	36	100

Fonte: Ficha de acompanhamento 3 da Formação IRDI para ACS

Entre os ACS que acharam que o curso influenciou o trabalho que realizam, a maior parte deles (22,2%) atribui essa influência ao fato de que ela *Aprimorou a observação ou o*

conhecimento da mãe/bebê ou da família. Inserem-se nessa categorização respostas como: “passei a ter olhar diferenciado com mães e bebês”, “estou mais atenta com as crianças e mães”; “aprendi a ter olhar melhor para as crianças e para as mães”, “em observar melhor a família”. Algumas respostas demonstram uma consideração mais apurada para a relação, como: “Tendo olhar diferenciado na relação entre mãe e filho” e “pude conhecer e aprender a lidar com o contato entre mãe e bebê”.

A segunda categoria mais citada foi a de que a formação *Aprimorou a observação ou conhecimento sobre o bebê e seu desenvolvimento* (19,4%). Este grupo é composto por menções à experiência como “uma forma de ‘abrir os olhos’ dos participantes do curso quanto ao desenvolvimento do bebê em suas faixas etárias”; de adquirir um “olhar mais profundo para as crianças e o desenvolvimento de cada uma delas”; e tornar “as visitas aos bebês mais bem observadas”.

Três grupos de respostas tiveram o mesmo percentual de menções citadas (11, 1%), detalhando que o curso: *Aprimorou as orientações à mãe ou à família sobre o contato com o bebê*; *Ajudou a detectar problemas da mãe e da criança* e, *Gerou aprendizado* (de forma não especificada).

É interessante notar que a detecção de problemas de desenvolvimento infantil foi tão citada quanto os benefícios que a formação teve para aprimorar o trabalho de orientação às famílias que os ACS já realizam. Este é um resultado quantitativo confirmado pelas situações de monitoria: entre as apropriações particulares que os participantes fizeram do IRDI, destaca-se a utilização do instrumento de modo a fundamentar as orientações que realizam às famílias, na perspectiva da Promoção de Saúde. Nessa direção, os participantes afirmaram que o curso influenciou ao auxiliá-los a “mostrar as mães como é importante o contato mais firmes com seus filhos”; e em uma “melhora na orientação para a família”; em “discussão de valores antes dados como não tão importantes”. A resposta de um dos ACS mostra que a contribuição do IRDI nesse trabalho de orientação familiar pode ampliar o objetivo da detecção: “temos a oportunidade de orientar, se detectar ou não o problema”.

Em relação à detecção, surgiram respostas como: “tem ajudado a detectar problemas nas crianças”; “agora olho com mais clareza e consigo identificar algo de diferente nas crianças”; “Em observar melhor a família, e sintomas (reações) de ambos (bebê e mamãe)”; diferenciar as crianças “que não estão se desenvolvendo no mesmo ritmo que os outros”.

Algumas respostas sugerem que o curso gerou algum tipo de aprendizado, embora não esclareçam de que maneira isso ocorreu: “estou ganhando conhecimento”; “aprendi bastante”;

“me deu algumas dicas que eu não sabia”; “adoro as crianças e quero saber tudo sobre elas, e como cuidar delas”.

Também de maneira inespecífica, alguns participantes afirmaram que o curso *Melhorou a atenção/olhar* (8,4%): “Só me fez ter mais atenção”; “tem influenciado pois o meu olhar ficou mais clínico”; influenciou em “ser uma pessoa mais observadora”.

A categoria *Aprimorou o conhecimento técnico sobre a criança e seus problemas de saúde* (8,4%) é formada pelas seguintes menções: adquiriu-se um “conhecimento mais técnico sobre criança”; “aprendi mais sobre problemas de saúde da criança”; “ajuda a avaliar o comportamento dos bebês”.

Uma categoria que nos parece interessante, embora tenha sido citada apenas duas vezes (5,5%) aponta um maior interesse e/ou o aprimoramento da relação com a díade mãe-bebê. Em uma das respostas, afirma-se que a influência se deu “no relacionamento com as mães” e em outra, que se pôde “analisar os dois (mãe e criança) com mais interesse”. Essas afirmações vão ao encontro de uma das contribuições da formação observada em falas espontâneas dos ACS - confirmada pela médica participante do Projeto Desenvolver - de que o contato com os Indicadores tem o potencial de reaproximar esses profissionais dos cuidadores dos bebês, resgatando o vínculo com a comunidade, que é um dos aspectos importantes das visitas domiciliares e que o discurso da saúde tem efeito de apagá-lo nas práticas rotineiras. O maior interesse também é indicativo de um ganho potencialmente permanente para a prática do ACS.

Houve apenas uma resposta que não especificou em nada o tipo de influência do curso (2,8%).

Devido à manifestação do interesse da Secretaria de Saúde do Embu em implementar o uso do IRDI à rotina das unidades de Saúde, foi perguntado aos ACS participantes: *Após este último encontro da formação IRDI e monitorias, você pretende continuar utilizando o protocolo?*

Gráfico 15. – Intenção do profissional em dar continuidade ao uso do protocolo (n)

Fonte: Ficha de acompanhamento 4 da Formação IRDI para ACS

Total de respondentes: 38

A intenção de dar continuidade foi referida por 30 participantes, dos 38 respondentes, o que representa 78,9%. Os 8 restantes (21,1%) disseram não pretender utilizar o protocolo após o término da formação.

Tabela11 – Razões para continuar a utilizar o IRDI

<i>Por que você pretende continuar aplicando o protocolo IRDI?</i>		
	F	%
Ajuda a identificar problemas que passam despercebidos	9	21,4
IRDI foi incorporado - ficou fácil, automático	6	14,3
Favorece o desenvolvimento das crianças, a qualidade de vida	5	11,9
É algo que já faço	4	9,5
Aprimora a atenção e a observação do bebê e de suas reações	3	7,1
A praticidade e simplicidade do IRDI -facilita as observações	3	7,1
Aprimora a formação sobre o desenvolvimento	3	7,1
IRDI é um instrumento a mais nas visitas, uma ferramenta	2	4,8
Ajuda a acompanhar o desenvolvimento da criança	2	4,8
Ajuda a interagir e a orientar as famílias	2	4,8
O uso do IRDI é importante	1	2,4
IRDI aprimora o trabalho	1	2,4
IRDI chama a atenção para o que não achávamos importante	1	2,4
Total	42	100

Fonte: Ficha de acompanhamento 4 da Formação IRDI para ACS

Total de respondentes: 38

A identificação de problemas nas crianças, antes passados despercebidos aos ACS, é a maior razão para dar continuidade ao uso do protocolo, para 21,4% dos respondentes da questão. A incorporação do IRDI durante a formação é o motivo alegado por 14,3% deles, enquanto 11,9% afirmam que o protocolo favorece o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças.

Houve um percentual de 7,1% para os argumentos a favor da praticidade e simplicidade do IRDI, sua contribuição ao aprimoramento da atenção e a observação do bebê e de suas reações foram aprimoradas com o IRDI, além da formação do profissional em desenvolvimento infantil. Com 2,4% seguem as justificativas de que o IRDI tenha se tornado um instrumento a mais nas visitas; de que o protocolo ajuda a acompanhar o desenvolvimento da criança, bem como a interagir e a orientar as famílias.

Argumentos mais abrangentes, com apenas uma menção (2,4%), falam da importância do IRDI, de como ele pode aprimorar o trabalho e despertar a atenção para aspectos anteriormente não valorizados.

Tabela 12 – Razões para interromper a utilização do IRDI

<i>Por que você não pretende continuar a aplicar o protocolo IRDI?</i>		
	F	%
Dificuldade para usar o IRDI porque as pessoas não têm tempo para responder as questões	4	50,0
Não participei dos últimos encontros	4	50,0
Total	8	100,0

Fonte: Ficha de acompanhamento 4 da Formação IRDI para ACS

Total de respondentes: 38

Entre os participantes que afirmaram pretender interromper o uso do protocolo IRDI após a formação, metade justificou a interrupção pela dificuldade de aplicá-lo em seu dia a dia devido à falta de tempo dos usuários da saúde para responder as questões acerca da relação que estabelecem com o bebê que cuidam. Ressalta-se que o uso dos indicadores inclui itens relativos à observação e outros, ao inquérito do cuidador.

A outra metade do grupo afirmou que não participara dos encontros anteriores, não dispondo, assim, do conhecimento necessário para utilizar o IRDI.

4.5 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO IRDI

Os ACS participantes da formação acompanharam um total de 109 crianças do município de Embu das Artes, tendo como guia para a prática os IRDI.

Gráfico 16 – Número de aplicações IRDI por faixa do protocolo (n)

Fonte: Autoria própria

Ao longo de um ano de formação, os ACS totalizaram 122 aplicações do IRDI no município de Embu das Artes, tendo como guia para a prática os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI).

A maior parte das crianças foi avaliada na primeira faixa etária do IRDI, à idade de 0 a 4 meses incompletos (74). Esse número caiu para 34 na segunda faixa (4 a 8 meses incompletos); 9 na terceira faixa (8 a 12 meses incompletos) e para apenas 5 crianças vistas à idade de 12 a 18 meses completos. Algumas das razões para esta queda serão discutidas ao longo deste trabalho: queda no número dos participantes na formação; dificuldades alegadas para encontrar as crianças em casa conforme elas crescem e passam a frequentar as creches; empecilhos institucionais e a incorporação do IRDI na vertente da orientação, e não da detecção de problemas de desenvolvimento.

Abaixo está descrita a distribuição de Indicadores entre Presentes (P), Ausentes (A) e Não verificados (NV) - possibilidades de marcação para cada item. Um indicador (P) significa

que a descrição referente a ele pôde ser verificada na relação cuidador-bebê, por observação ou inquérito. Um indicador (NV) representa a situação em que o profissional não pôde observar a dupla ou fazer o inquérito, ou então, esse não foi esclarecedor para a realização da marcação. Já um indicador (A) refere-se às situações em que se constatou que o indicador não ocorre entre cuidador-bebê. Considera-se realizar um encaminhamento caso a marcação do IRDI para uma criança apresente dois indicadores (A).

Tabela 13 – Quantidade de Presentes e Ausentes por indicador (n)

	PRESENTE (P)	AUSENTE (A)	NÃO VERIFICADO (NV)
IRDI 1	73	1	0
IRDI 2	71	1	2
IRDI 3	70	1	3
IRDI 4	61	5	8
IRDI 5	69	1	4
IRDI 6	32	1	1
IRDI 7	34	0	0
IRDI 8	34	0	0
IRDI 9	34	0	0
IRDI 10	34	0	0
IRDI 11	34	0	0
IRDI 12	30	2	2
IRDI 13	27	1	6
IRDI 14	8	1	0
IRDI 16	8	0	1
IRDI 17	7	1	1
IRDI 18	7	1	1
IRDI 19	6	2	1
IRDI 20	7	2	0
IRDI 21	5	3	1
QDC 3	6	1	2
QDC 6	6	1	2
IRDI 25	3	2	0
IRDI 31	3	2	0

Fonte: Autoria própria

Do total de crianças acompanhadas, três foram encaminhadas para avaliação e possível tratamento realizado por equipe multiprofissional, por possuírem dois ou mais itens ausentes em uma das faixas, apontando para risco de problemas de desenvolvimento ou psíquicos aos três anos de idade. As crianças estão em acompanhamento no Projeto Desenvolver – realizado pela Unifesp em parceria com o município de Embu das Artes. Uma psicóloga/psicanalista é a responsável por essas crianças no serviço.

Utilizou-se como critério para o encaminhamento não apenas a anotação de dois itens do IRDI como ausentes pelo ACS, mas também: a manutenção deste, caso a criança tenha sido vista mais de uma vez; o risco relativo do item anotado como ausente (Kupfer et al., 2008, 2009, 2011); a previsão de que uma escuta pontual ou orientação com os cuidadores não solucionaria a questão. Nos três casos encaminhados, essa parecia ser a situação. Em dois deles, a ausência de dois indicadores (22 e 30) coloca em questão a possibilidade de haver risco psíquico, pois se tratam de itens cuja Pesquisa Multicêntrica revelou como preditores de risco psíquico de forma isolada.

Tabela 14 - Número de crianças acompanhadas em mais de uma faixa do IRDI

Faixas do IRDI (1, 2 3 e 4)	Número de crianças acompanhadas
Faixas 1 e 2	6
Faixas 1 e 3	2
Faixas 2 e 3	2
Faixas 3 e 4	2
Faixas 2, 3 e 4	1

Fonte: Autoria própria

Do total de crianças vistas com o auxílio do IRDI, apenas seis delas foram seguidas na primeira e segunda faixa. Duas crianças que foram vistas na faixa 1 também o foram na faixa 3. Na faixa 2 e 3 foram acompanhadas duas crianças e, na 3 e 4, duas crianças. Apenas uma criança começou a ser vista na faixa 2 e seguiu sendo acompanhada na 3 e 4, até completar 18 meses.

Esses dados mostram que, embora os ACS tenham aplicado o IRDI, as aplicações declinaram acentuadamente ao longo da formação, dificultando um acompanhamento longitudinal das crianças. As dificuldades nesse sentido foram sinalizadas pelos participantes após o segundo encontro de formação.

4.6 MODOS DE APROPRIAÇÃO DO IRDI

4.6.1 Os (Des)encontros discursivos na formação IRDI para ACS

Apresentamos algumas das condições institucionais e atravessamentos discursivos do campo de pesquisa que delineiam modos de apropriação do IRDI e do fazer engendrado por ele no contexto da Saúde Coletiva. Os encontros/desencontros/confrontos discursivos são tomados como diferentes “formações discursivas”, noção desenvolvida por Foucault (1969/2004):

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições, funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma formação discursiva. (p. 43)

O IRDI situa-se em uma formação discursiva originária na psicanálise (principalmente a partir de autores como Sigmund Freud, Donald Winnicott e Jacques Lacan), com influência dos campos com os quais pretende dialogar, como a pediatria, a psicologia do desenvolvimento e a neurologia. Uma de suas ideias fundadoras é a de constituição do sujeito. Na vertente lacaniana, esse processo é dado a partir de um campo social prévio e de encontros e acasos na história da criança. Nessa perspectiva, o desenvolvimento está atrelado a operações lógicas fundadoras do sujeito (alienação e separação), que por sua vez são sensíveis à maturação, ao crescimento e ao desenvolvimento. Tais processos só operam se houver algumas ações dos responsáveis pelos cuidados na primeira infância, sem os quais o lugar de sujeito corre o risco de não se instituir (Kupfer et al., 2009).

O discurso dos ACS, por sua vez, é perpassado por categorias da medicina, epidemiologia, sociologia, entre as quais a ideia de “risco social” insiste e é balizadora da prática, influenciando na concepção de desenvolvimento infantil, ao lado da centralidade dos avanços motores e funcionais da criança relativos a sua faixa etária. Na análise das respostas dadas às Fichas de acompanhamento do curso, bem como na monitoria realizada nas unidades, localizam-se com certa facilidade essas duas vertentes.

Ao discutir a preponderância do conceito de risco social para a prática dos ACS, Bornstein, David & Araújo (2010) afirmam que os documentos oficiais não explicitam a

fundamentação teórica para tal noção, mas possivelmente ela é tributária da epidemiologia e da ecossociologia.

Em “O nascimento da clínica”, Foucault (1963/2008) aborda as mudanças ocorridas na medicina do séc. XIX. Por meio de uma nova aliança entre o ver e o dizer – ou seja, um novo modo de clínica, passou-se de um discurso ligado à imaginação, com referências abstratas a fluidos e humores, para outro, ligado à razão e ao domínio do olhar atento, com a exploração da anatomia dos corpos. As noções de constituição, doença endêmica e epidemia passam a vigorar já no século XVIII como um modo de ver a doença. O espaço médico passa a coincidir com o social, com a ida dos profissionais de saúde às casas nas comunidades e o surgimento do controle estatístico da saúde (nascimentos e mortes). Nasce a ideia de regulamentação em saúde e a de uma topografia médica a partir da qual áreas urbanas são vigiadas quanto a habitações, vestuário, clima e educação física e moral dos habitantes. (Foucault, 1963/2008)

O discurso dos ACS e a prática que engendra parecem ser herdeiros dessa medicina e da vigilância à saúde exercida por ela, com o levantamento de índices epidemiológicos e socioeconômicos. Ao se propor um instrumento de base psicanalítica, insere-se outro discurso e uma nova relação com o que se vê e o que se diz.

Todavia, um dos pontos de intersecção do discurso da saúde com o IRDI é a centralidade da família. Nos documentos oficiais relativos à Atenção primária à saúde, está sublinhada a necessidade de se valorizar, além dos indicadores de saúde coletiva, os dados qualitativos acerca dos núcleos familiares (Brasil, 1997). Para o Programa Saúde da Família, a família passa a ser a base das ações em saúde:

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Brasil, 1997, p. 8)

É preciso especificar a noção de família para a psicanálise. Não para confrontar os dois campos no sentido da inviabilização, mas para apontar em que os conceitos se diferenciam, abrindo possibilidade efetiva de uma interação entre eles.

Segundo Elia (2004), há uma articulação entre a teoria psicanalítica do sujeito e de sua constituição com as categorias de sociedade e de família. Na modernidade, a entrada do ser humano na ordem social se dá via família – unidade celular básica da sociedade. Assim, a psicanálise pensa a constituição do sujeito atrelada a sua raiz social, mas o faz mantendo a concepção de sujeito do inconsciente, o que a diferencia de concepções culturalistas e da

construção social do sujeito. É isso que humaniza e dá as chances de sobrevivência ao bebê humano. A essa exigência de alguém que o acolha Freud chama de desamparo fundamental do ser humano. Já Lacan irá chamar de Outro (o adulto próximo e o fundamento que rege o psiquismo a partir do laço com o mesmo).

Portanto, o IRDI finca-se no aspecto relacional, por sua origem psicanalítica, bem como na observação. Pela predominância de um discurso relativo ao risco social, a atenção para o entorno, no caso do ACS, abarca principalmente a ordem das “condições sociais” de vida da família. Como se daria, então, o embate entre essas clínicas (olhar/espço/linguagem) múltiplas?

Expõem-se algumas cenas ocorridos no campo de pesquisa com o objetivo de situar alguns modos de apropriações calcados em desencontros, apontando também os efeitos de poder e saber que os discursos geram, com correlações de força entre eles (Foucault, 1976/1985).

Na ocasião em que os indicadores estavam sendo expostos, em visitas às unidades de saúde, destacavam-se algumas expressões de preocupação e ansiedade, apontando uma determinada direção de apropriação do discurso. Antes mesmo de irem a campo, de aplicarem o IRDI, os ACS tinham em mente o receio acerca do surgimento de *tantos casos de risco*, repercutindo em encaminhamentos que as aplicações propostas poderiam produzir. Ao se tentar elucidar o que compreendiam como casos de risco, descreviam o seu campo de trabalho como: *uma área de risco, com muita droga, violência, pobreza*. Do lado dos pesquisadores, surgia a questão: *O que eles estão imaginando de que o IRDI dará conta?* Parecia ser possível localizar certa equivalência entre os pressupostos que balizam a sua prática e os pressupostos do IRDI, apagando as particularidades de cada um.

A hipótese aventada é a de que a consideração de uma equivalência entre ambos os riscos por parte desses profissionais aponta para uma “estratégia sem estrategista” (Foucault, 1976/1985), segundo a qual os indicadores entram em confronto com outro saber, com efeitos de dominação.

A relação entre o discurso dos ACS e outros discursos produzidos no contexto da saúde pública também se destacava nos embates com o discurso dos indicadores. É o caso do jogo estabelecido com a comunidade sob responsabilidade dos agentes. Por vezes, a monitoras sentia-se incomodada pela sensação de “estar à espreita” ao acompanharem o trabalho dos agentes. Considera-se que a própria atividade de monitoria coloca algo desta cobrança. No entanto, para além desse aspecto, percebeu-se que essa também era uma condição institucional do campo, o que se expressava em falas sobre o receio desses

profissionais em relação à função que exercem. Os ACS passaram a mencionar desde o medo da *cara feia* de alguns membros da comunidade quando fazem perguntas previstas em suas atribuições, (frequência de atividade sexual, vícios na família, renda, entre outros), os *cachorros soltos* no momento da chegada à casa, até o medo de sofrerem retaliações ao informarem a UBS acerca de casos de violência ou uso de drogas.

Embora haja preconização de que o trabalho dos ACS seja feito individualmente, há gerências que aceitam que algumas funções sejam desempenhadas em dupla, visando maior segurança. Tais estratégias remetem à função da vigilância em saúde, que produz incômodos e efeitos de poder tanto do lado dos profissionais quanto da comunidade. No sentido foucaultiano, pode-se denominá-las como práticas de resistências, entendidas como próprias e internas às relações de poder (1976/1985). Segundo o autor, o poder tem um caráter estritamente relacional, sendo uma dimensão de qualquer relação. A inserção do IRDI neste contexto não passa incólume a isso.

No acompanhamento de uma dupla de profissionais utilizando o IRDI em uma visita com uma mãe e seu filho, quando essas lhe perguntam se “A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês)” (item 2), a resposta é clara: *Não, eu nunca falo errado com o meu filho. Ele precisa aprender o certo.* Contudo, quando a pesquisadora intervém na situação, pedindo-lhe que mostre como costuma se dirigir ao bebê, a entonação de voz vai ao encontro do que é o mamanhês. Tal situação se repete algumas vezes, levantando a questão acerca das expectativas das mães que estão sendo acompanhadas em relação às perguntas que lhe são feitas. É preciso pensar nas expectativas colocadas pelos indicadores em si, mas também pela relação entre os agentes e essas mães.

Outras falas dos ACS ressaltam aspectos da maneira como se relacionam com os usuários: *somos galinha choca com pintinhos* (quando nasce um bebê na área), *cobramos mesmo, temos que dar duro quando a mãe não quer o filho*. Diante de um vínculo que, as vezes, se excede para o controle, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças por meio do IRDI pode também ser tomado sob este viés pela comunidade, a partir de certas estratégias talvez já estabelecidas com os agentes – a mais simples dela, segundo os próprios ACS: *falar o que queremos ouvir*.

Em reunião com alguns agentes, Elaine⁸ falou de seu receio de que as observações dos bebês balizadas pelo IRDI pudessem resultar em algum encaminhamento que passasse pelo

⁸ Os nomes foram trocados.

profissional pediatra de sua unidade. *A pediatra vai dizer: quem é que mandou o ACS observar isso? Com que autoridade? ACS não é ninguém aqui.*

Nesse fragmento, a ACS parece reduzir o discurso relativo aos indicadores e à pesquisadora ao estabelecido com a médica, evidenciando o poder desta e a sua posição de submissão nesses dois discursos. Essa mesma fala se repetiu em outras unidades, sob configurações diversas, mas em contextos semelhantes.

A pesquisa de Souza (2007) evidencia a minimização da importância das funções e atribuições do ACS diante de outros membros da equipe. Ao pesquisar as percepções e ações desses profissionais na identificação de situações de sofrimento mental na comunidade, a autora percebeu que eles conseguem realizar a função, mas não a valorizam, reforçando a ideia de que tais ações só podem ser feitas por profissionais técnicos.

Talvez se possa pensar nesse caso, como em outros descritos ou vivenciados, na montagem de uma cena enunciativa (Maingueneau, citado por Guirado, 2009) derivada do discurso e que posiciona personagens, distribui lugares e delimita expectativas em torno desses lugares. Ao falar sobre as posições na enunciação no contexto clínico, Guirado (2009) assegura os efeitos de se

(...) atentar para a rede de responsabilidades sobre o que se fala, para o lugar que se coloca aquele que nos fala, o lugar que assumimos, o modo como nos posicionamos, o que elegemos como o sentido do que se fala e assim por diante. (p. 177)

Ao buscar as cenas que mostram o modo de produção de sentidos no contexto da formação, chega-se a um fragmento ilustrativo.

A diferenciação dos discursos permite compreender as resistências, desistências e formas diversas de apreensão da proposta, dando-lhes espaço. Além disso, ressalta-se a importância de esclarecer as sutilezas e diferenças do discurso do IRDI em relação ao discurso do risco social, sem anular o discurso dos ACS. Mas, consideramos que propiciar a inserção de uma novidade na prática de acompanhamento de bebês realizada por esses profissionais talvez só seja possível em meio ao tenso desencontro de distintas formações discursivas.

Em algumas situações, porém, um encontro pode ocorrer. É o que nos parece ter havido no quarto encontro do curso, no qual uma das discussões merece destaque.

Um dos coordenadores da formação preocupou-se, neste momento final, em advertir: *o IRDI, assim como qualquer instrumento do desenvolvimento, não serve para ficar culpando a mãe. Qual o papel do profissional de saúde quando as coisas não vão bem?*

A discussão avançou para comentários feitos pelos profissionais acerca *dos pais que dão trabalho*, que ficam *procurando demais os profissionais, por qualquer coisa*. Seguiu-se uma conversa sobre incômodos e maneira de reagir a eles. Uma delas, frequente entre os usuários da saúde, seria a de reagir incomodando os outros. No caso das crianças, que não sabem falar, isso ficaria ainda mais claro, mas também os adultos reagem desta maneira: *um tanto a gente sabe sobre o que nos incomoda, outro tanto não*. A intenção era abordar expressões de transferência maciça das famílias com os ACS, muitas vezes negativa, fazendo perceber que haveria algo incomodando a pessoa que, por não conseguir se expressar, faria uma atuação envolvendo o profissional de saúde que lhe é mais próximo. Nas situações das famílias com seus bebês, suas dificuldades também poderiam aparecer desta maneira, por meio de reclamações frequentes. A resposta de uma ACS, então, foi: *mas isso ele não sabe, né! Isso não é... Inconsciente?*

Comentou-se que os profissionais haviam chegado ao cerne da questão tratada pelo IRDI, e de extrema importância para uma forma de uso do instrumento não invasiva ou culpabilizadora. Uma postura e observação mais clínica só poderiam surgir com base nessa constatação. Contudo, embora essa afirmação sobre o Inconsciente tenha surgido no coletivo, ela sustenta-se apenas nas experiências individuais, por meio da fala, ocasiões propiciadas em monitoria.

4.6.2 Favorecendo a apropriação do IRDI: um trabalho com as resistências, sob transferência

Ao início da formação, tornavam evidentes os receios, lembranças e incômodos gerados no encontro dos profissionais com os bebês e seus cuidadores, ao guiarem suas observações com o auxílio dos indicadores. Os desistentes já indicavam que o acompanhamento tocava em algo “difícil”, inclusive de ser nomeado. Uma ACS que abandonou o curso relatou: *“Não tenho vontade de ficar vendo bebês, não quero ver bebê. Quando é criança, já grandinha, tudo bem. Mas bebês, não!... Todo bebê sorri, olha, tem cara de joelho. É tudo igual!”*

A literatura aponta a existência de dificuldades no trabalho com bebês e nas ações para identificação de risco para problemas de desenvolvimento. O programa americano Assuring Better Child Health and Development (ABCD) encontrou como uma das barreiras à detecção

o medo dos profissionais de um resultado positivo - seja pelo desconforto em dar uma notícia desagradável aos pais, medo de resultados “falsos positivos” ou devido às dificuldades de encaminhamento (Pinto Martin et al., 2005).

Ao abordar o trabalho de enfermeiras puericultoras na unidade de atendimento a mães e bebês do Hospital Saint Denis, na França, Boukobza (2002) sublinha as dificuldades relatadas por essas profissionais na execução do trabalho, geradas por identificações em relação às mães e aos bebês.

Sem desconsiderar as particularidades dos relatos, é possível discernir alguns aspectos que se repetem. O contato com o bebê gera uma gama de reações, que podem se constituir como um fator de resistência. Como afirma Golse (2003), a iminência da vida psíquica faz surgir o risco de sofrimento, o risco de desorganização, bem como a densidade e espessura do corpo; as pulsões.

Uma forma de reação diante das resistências geradas ao olhar/acompanhar a relação cuidador-bebê foi a tendência a tornar o IRDI um questionário. Em parte, pelos ACS reproduzirem a atuação que já têm, na qual as fichas cadastrais são o instrumento mais frequente em sua prática. Além disso, o próprio formato “protocolar” dos indicadores pode ter reforçado este aspecto, por tratar-se da objetivação de aspectos observados na prática clínica dos profissionais psicanalistas que o criaram. Mas, essa forma de uso apontava, ainda, dificuldades subjetivas implicadas nessa forma de observação. As falas dos ACS evocavam a relação do profissional com seus filhos, com suas figuras parentais, enfim, sua história.

Cabe situar a natureza da resistência em jogo nesse caso. Proveniente do campo psíquico, tal resistência pode ser entrave e mola para um trabalho que, se realizado, propicia engajamento. Esta dupla vertente da resistência em contextos que consideram o inconsciente ampara-se na abordagem de Freud sobre o tema.

No texto *A dinâmica da transferência* (1912/2006), Freud liga a resistência à transferência - forma de vínculo estabelecido entre psicanalista e paciente no *setting* analítico, em termos de sentimentos afetuosos, eróticos ou hostis. O psicanalista é inserido nas séries psíquicas (ou clichês estereotípicos) que delinearam a relação com os cuidadores do paciente em seus primeiros anos de vida, tornando-se depositário desses protótipos. Ativar essa fonte de resistência - a infância, ou o núcleo do infantil - é o mesmo que abrir as portas da resistência. Entretanto, essa é a única passagem possível para a elaboração do material inconsciente, por meio do manejo da transferência.

Se Freud fala do contexto analítico, há muito se sabe que a transferência se estabelece também em outros espaços. Manejá-la de modo a vencer as resistências em favor da análise é

que se torna tarefa do psicanalista. Na formação IRDI, o contato com um bebê pode ter o efeito de resgate de um material mnêmico, com a ativação dessas resistências. Entretanto, se há alguém que se coloque em posição de escutar esse material e sustentar uma transferência, poderá haver alguma elaboração, associação e quem sabe, engajamento no trabalho com os indicadores.

Os bebês evidenciam uma sexualidade em construção, colocando em cena o real do organismo e o trabalho psíquico necessário para que haja operações subjetivantes em torno desse real, tanto pelo bebê quanto por seu cuidador. O olhar e a linguagem de um Outro primordial devem incidir no bebê e supor um corpo, constituindo bordas e oferecendo uma posição simbólica à criança, na linhagem familiar.

Levin (1997) explica que, antes de o sujeito advir, antes que haja uma inscrição significante, o bebê é um “corpo-coisa” no real, formado de sons, sensações, sinergias; enfim, estímulos soltos, não articulados. Este corpo terá que se perder para retornar como falta inscrita no e pelo Outro, tornando-se então corpo simbólico.

São diversos os modos de defesa contra a sexualidade decomposta, espalhada pelo real do organismo e evocada pelos bebês. Uma maneira de recobrir o indizível, de se lidar com este encontro é o apelo às reminiscências acerca das dificuldades de incluir-se ou sacar-se da narrativa histórica familiar que compõe o processo de filiação.

Segundo Golse (2003), o trabalho com bebês constitui-se em uma clínica historicizante, que obriga aquele que nela se implica a levar em conta o que sente. Essa clínica reativa o bebê que fomos, faz ressoar partes infantis e ocultas, podendo induzir a riscos de evitamento e a ambivalências. Afirma o autor:

O bebê induz, ao mesmo tempo, tanto um grande desejo de nos ocuparmos dele como o medo de nos ocuparmos dele; por essa razão eu venho dizer: ocupar-nos do bebê é aceitar sermos tocados no nível de nossas partes mais profundas, ao mesmo tempo que temos esse movimento para ele, temos um movimento de retração e defesa (p. 29)

Tanto o bebê quanto o adulto contam uma história antiga, e a única possibilidade de liberdade para o bebê é escrever conjuntamente com o adulto uma terceira história, distanciando-se a partir de uma brecha, uma novidade em relação a essa historicidade dos pais. Porém, não se trata de um processo linear e tranquilo; ao contrário, os processos de transmissão podem situar-se ao lado de forças de ligação ou de desligamento, convocado o conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte (Golse, 2003).

Assim, na vocação de cuidador de bebês haveria também uma parte defensiva em relação à própria vida pessoal do profissional, que é preciso levar em conta. No acompanhamento dos profissionais na formação IRDI, isso também é perceptível.

Na observação conjunta de uma criança, ao se discutir sobre a importância de se falar com ela apesar de que se possa pensar que ela “não entende”, Adriana⁹ começa a falar da relação com suas filhas, de que ela não supunha que elas poderiam se virar sozinhas, como as prende e lhes passa seus medos. O relato passou então à outra geração, detalhando como havia sido criada, a falta de diálogo com a mãe, as inseguranças que carrega e as dificuldades de se separar disso: *Já sei que os medos são meus, não são delas. Mas não consigo fazer diferente!*

Ao retornar à instituição, no caminho, ela disse *não entender* porque falava sobre *tudo isso* nas visitas para a aplicação do IRDI. Apesar de estar presente aos encontros de formação e algumas discussões na unidade a respeito dos indicadores, Adriana demonstra uma forma de engajamento vacilante com o trabalho, tendo desistido das aplicações. Analisa-se que as desistências não falam, contudo, de uma possível marca deixada por este trabalho na profissional e que pode ser recuperada de modo a repercutir em novo posicionamento em seu trabalho e como mãe, caso tivesse havido tempo e condições para um trabalho mais particularizado com esta profissional.

Se estar diante de um bebê pode gerar lembranças e incômodos, em que medida os mesmos permitem ou obstaculizam uma formação voltada ao uso dos IRDI? Dependerá do tipo de provocação e de como ela é elaborada por quem a vive? Seria possível pensar que quem se envolve com os indicadores, para além das exigências institucionais, é por se disponibilizar a um trabalho sobre o que o bebê lhe toca de maneira particular, ou seja, um trabalho com as resistências?

No contexto desta pesquisa, nem sempre foi possível realizar este trabalho, de modo a produzir novos rearranjos do material recalcado, devido a limitações da monitora, do desenho da pesquisa, das instituições e diferentes implicações dos sujeitos nela envolvidos. Mas, quando realizado, mesmo que em apenas um encontro, foram notados modos de apropriação favoráveis aos indicadores, na medida em que são modos mais particularizados - um recorte do IRDI dado pelo sujeito.

As falas surgidas no contato com os bebês - exploradas a seguir - podem ser pensadas como efeito da base psicanalítica do IRDI que, não estando apoiado em técnicas (como os instrumentos com os quais os profissionais costumam lidar) ou na observação de aspectos

⁹ Os nomes foram trocados.

motores ou ambientais (sob a perspectiva do “estímulo”), convoca o profissional a olhar os detalhes, as sutilezas; enfim, a relação que constitui e investe libidinalmente o sujeito.

4.6.3 Que permanência para a formação IRDI?

As análises das fichas preenchidas pelos ACS durante o curso de formação demonstraram alguns rastros da formação, seja em forma de alterações nos aspectos que o orientam quando acompanham o desenvolvimento dos bebês ou por meio das influências relatadas. No entanto, mesmo quando fazem referência direta ao IRDI, não é possível precisar o quanto esses rastros terão efeito de permanência ou o quanto abarcam os temas fundamentais implicados nos indicadores. Investigar as situações em que os profissionais estavam manuseando os IRDI - e falando sobre eles (e sobre si) - parece fornecer pistas mais seguras.

O acompanhamento individualizado dos profissionais revelou, para além dos obstáculos institucionais: barreiras psíquicas, um modo de abordá-las e o efeito desta forma de abordagem para a apropriação do IRDI. A hipótese defendida é a de que neste dispositivo constituíram-se modos próprios – particularizados - de contato, apreensão e apropriação do IRDI. Esses modos são considerados favoráveis por serem indicativos de uma aprendizagem com potencial efeito de permanência.

Assim, trabalhamos com a ideia de que uma apropriação favorável na formação IRDI foi aquela em que o sujeito pôs algo de si. A partir de agora, discutiremos essas formas de enlaçamento a um saber sobre os indicadores. Situações em que parece ter havido o empréstimo de marcas pessoais, demonstrando fragmentos de uma transmissão. As associações despertadas pelos indicadores se ligaram a um traço inconsciente, trazendo consigo a promessa de uma permanência. Levanta-se a hipótese de que quando isso ocorre, é provável que se alcance a perenidade do que é cravado em superfície capaz de conservar um traço.

Em Freud, esse processo é explicado pela retranscrição dos traços mnêmicos, ou traços de memória. Essa ideia é trabalhada pelo autor em textos como *Carta 52 a Fliess* (1896/2006) e em *Uma nota sobre o Bloco Mágico* (1925/2006).

Entre as cartas trocadas por Freud e seu amigo Fliess, na carta de número 52 ele faz algumas hipóteses sobre o mecanismo psíquico da memória, distinguindo nele

desdobramentos sucessivos (Freud, 1896/2006). Um primeiro registro de traços mnésicos se daria quando os sinais perceptivos são registrados, mas não são acessíveis à consciência. No inconsciente, os registros ocorreriam em um segundo nível. Em um terceiro, o sistema pré-consciente/consciente seria responsável pela tradução, ou representação desses traços em palavras.

Os traços de memória seriam alvo de rearranjos ocasionais, se ativados por novas circunstâncias - processo equivalente a uma retranscrição do material psíquico. É este justamente o ponto que nos interessa nessa teoria. Laznik-Penot (1997), ao se utilizar desse texto para abordar as características do aparelho psíquico no autismo, comenta: “somente quando reinscritos no registro do Inconsciente é que se pode ter acesso aos traços mnésicos ou representações”. Ou seja, é somente o acesso a esse material inconsciente que revela um traço já cravado na história do sujeito, com a possibilidade de ser reescrito. Trata-se de uma suposição, cujo reaparecimento do traço confirma.

A noção de um registro de “traços psíquicos” é retomada por Freud em 1925, agora articulando que o inconsciente seria organizado como uma escrita - uma escrita com características particulares. À maneira do que ocorre quando se escreve à tinta em um papel, o Inconsciente teria a capacidade de manter a perenidade do material escrito; porém, como em uma lousa, ele também permite que se apague algo, com o detalhe de que mantém as marcas de anotações anteriores.

Tal funcionamento seria exemplificado por um invento que dá o título do texto – o Bloco Mágico (em inglês, Printator). Este é composto de uma prancha de resina e uma folha sobreposta de duas camadas, de materiais distintos (celuloide e cera). Escreve-se na prancha com estilete, calcando sulcos. Ao levantar a folha, o material escrito se apaga e o Bloco é limpo. Mas, as marcas das escritas anteriores continuam. A grande semelhança entre o Bloco e o aparelho psíquico seria a “capacidade receptiva ilimitada para novas percepções e, não obstante, registra traços mnêmicos permanentes, embora não inalteráveis” (Freud, 1925/2006, p. 256). Já a diferença é que, no aparelho psíquico – alvo de nosso interesse - as marcas cravadas anteriormente, perenes, são utilizadas em novas escritas.

Assim, o profissional de saúde que se depara com o saber implicado no IRDI (objetivado, resumido e até encoberto), dispondo-se a uma afetação sobre ele e a falar no momento do acontecimento da relação cuidador-criança, empresta suas marcas e descobre os fundamentos dos indicadores. Desde a perenidade de suas marcas inconscientes, nos permite formular a hipótese de que ali há um modo próprio de entrar em contato com os indicadores, fruto de um rearranjo com base em traços psíquicos já existentes.

4.6.4 Modos próprios de enlaçamento ao IRDI e ressonâncias produzidas

Por se tratar do que é particular ao sujeito do inconsciente, é preciso considerar que os enlaçamentos com o IRDI são variados e não passíveis de serem direcionados. Assim, há incidências que não podemos situar ou que não são de interesse de nossa análise, embora tenham também se valido de traços psíquicos.

Para os fins deste trabalho, selecionaram-se vinhetas nas quais algum aspecto fundamental do IRDI parece ter sido tocado pela via do registro psíquico, produzindo ressonâncias. Entre esses aspectos, recortamos as apropriações da ideia de que o cuidar envolve:

1. A oferta de um campo para as construções do sujeito e a função de corte/inserção da criança na cultura.

2. O estabelecimento de uma suposição de sujeito em relação ao bebê.

Essa divisão é didática, visto que as vinhetas geralmente carregam um entrelaçamento entre os dois aspectos. Ambos relacionam-se aos eixos do IRDI, ou seja, seus fundamentos clínicos (Pesaro, 2010).

Por se tratarem do que selecionamos como apropriação favorável dos indicadores, as situações relatadas implicam, ainda, uma ação interventiva orientada pelo IRDI, cuja sutileza rompe com a posição rotineira da aplicação de questionários e demonstra as funções e efeitos do ato de testemunhar um sujeito em vias de se constituir.

Ao abordar o método de observações de bebês Esther Bick na clínica Tavistock, em Londres, Teperman (2005) diz, apoiando-se em Mélega (1990), que mesmo não se tratando de intervenções, mas apenas da observação desses bebês, os relatos mostraram que as mães se beneficiavam desta presença. Em visitas regulares, ao “testemunhar” a função materna, os observadores acabavam por produzir um efeito sob a dupla mãe-bebê.

A presente experiência de formação pede aos ACS não apenas a observação dessas diádes, mas um olhar orientado e uma escuta que, se bem realizados, poderão potencializar os efeitos de testemunha citado pelos autores. Pede-se que não considerem como evidentes os cuidados, as trocas e a implicação que uma mãe ou outro cuidador estabelece com seu bebê. É o que se encontra nas elaborações de Winnicott (1967/1975):

O que vê o bebê quando olha o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*. Tudo isso é facilmente tomado como evidente. Peço que isso, naturalmente bem realizado por mães que estão cuidando de seus bebês, não seja considerado tão evidente assim (p. 154).

Pode-se desdobrar, do trecho explicitado, a necessidade de se ater a detalhes do encontro da mãe com o bebê que Winnicott (1967/1975) afirma ter identificado nos relatos de seus pacientes como lembranças arcaicas que, se por um lado podem ser descritas, por outro deixam um núcleo intacto, referente à “delicadeza do que é pré-verbal, não verbalizado e não verbalizável, exceto na poesia” (p. 154). Quando não é utilizado apenas como questionário, o IRDI parece convocar essas lembranças, que ao serem mobilizadas para a prática profissional, traduzem-se em fineza de olhar. Um arcabouço que talvez esteja contido em experiências pessoais e nas histórias particulares de filiação – o que interroga e desafia a transmissão.

4.6.4.1 A oferta de um campo para as construções do sujeito e a função de corte/inserção da criança na cultura

A ideia de que há algo de erótico nos bebês, que se reativa nos adultos ao entrarem em contato com estes pequenos seres, está presente no texto freudiano *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/2006). Nele, Freud se debruça nas manifestações sexuais na infância para revelar os traços essenciais da pulsão sexual (sua evolução e composição). A sexualidade infantil é o tema escolhido, pois a “constituição que exhibe todos os germes de todas as perversões só é demonstrável na criança, mesmo que nela todas as pulsões só possam emergir com intensidade moderada” (p. 162). Haveria na criança uma disposição à obtenção de prazer sexual por meio de diferentes formas e zonas erógenas de seu corpo. Por este motivo, diz-se de uma perversão polimorfa infantil, à medida que a criança “basta-se a si” quando está a sós com seu corpo.

Essas experiências primordiais da vida sexual são, no entanto, ocultadas e vividas como uma “época pré-histórica” do indivíduo, devido ao que Freud nomeará como amnésia infantil (1905/2006). Segundo o autor, na maioria das pessoas, as experiências infantis ocorridas até os seis ou oito anos de idade caem sob o véu do esquecimento. A amnésia estaria relacionada à presença de forças sexuais da infância que, por volta deste período, sofrem um estreitamento “à maneira de diques”, dando lugar a sentimentos como asco,

vergonha, ideais estéticos e morais. Vê-se, então, que para Freud, a criança representa o recalado, o esquecido da sexualidade; e, ao mesmo tempo, o próprio infantil preservado no neurótico.

É preciso esclarecer que, mesmo quando fala em autoerotismo em 1905, Freud já o relativiza, afirmando que, apesar da predominância da satisfação nas próprias zonas erógenas, a vida sexual infantil envolve o outro cuidador desde o início, como objetos sexuais (o que ficaria mais evidente em relação ao olhar e à voz). É por este caminho que Jacques Lacan irá destacar que a criança está firmemente atada às pulsões, compreendidas pelo autor como uma montagem dada pela linguagem e o gozo no corpo¹⁰ que irá constituindo bordas que não têm apenas caráter funcional, pois por meio delas se insere nos códigos e na cultura (boca, olhos, ânus, genitais). Disso decorre que, para se satisfazer, um bebê precisa lidar com a demanda do Outro; está atrelado desde este momento à reivindicação (Ferretti, 2004).

Ainda assim mantém-se o conceito de autoerotismo, pelo fato de que a criança se mantém “aquém do reconhecimento da diferença dos sexos e da castração materna”, o que particulariza a sexualidade infantil (Ferretti, 2004).

A constituição de um sujeito se dá, portanto, no cruzamento entre um organismo e a linguagem, a partir da intervenção de um cuidador privilegiado. Se em um primeiro momento este organismo é marcado pelos significantes do Outro, alienando-se no desejo de quem o embevece em sua fala - ao se colocar como Outro primordial e fazer surgir o sujeito da significação - “será necessária uma segunda operação - de separação - que desalienará o sujeito do saber e das palavras deste Outro, para que ele tenha uma existência simbólica própria” (Bernardino, 2006, p. 26).

Ao longo das quatro faixas dadas pelos IRDI, que acompanham uma fase primordial do desenvolvimento da criança, estão implicadas as operações necessárias para que o bebê se constitua. É uma construção, que se dá partir dos fragmentos do Outro e do que destes fragmentos se enoda às suas pulsões. Posteriormente, espera-se haver tentativas de se separar disso, nas quais o bebê põe à prova o que construiu em uma relação mais vasta do que a estabelecida com o seu cuidador.

Em prefácio à obra de Catão, Laznik (2009) afirma que a leitura do último ensino de Lacan permite considerar o conceito de Outro não como um papel desempenhado pelos pais, mas como uma função que decorre da relação entre o cuidador e o bebê, na qual o pequeno

¹⁰ Freud criou as noções de pulsão e zonas erógenas, mas a releitura desses por Lacan dá origem aos conceitos de gozo e estruturas de borda, incluindo os efeitos da linguagem no *infans*. Essa passagem apoia-se no texto freudiano “Análise terminável e interminável” (1937), em que as pulsões são tidas como reivindicações ou exigências feitas a um outro (Ferretti, 2004).

ser tem papel ativo para acionar essa função chamada Outro. Este papel, trata-se, nas palavras da autora de “fazer enganchar o gozo do outro materno” (p. 16). Nessa perspectiva, há um acento posto no desempenho do bebê.

Em relação à importância de se oferecer um campo propício às construções do sujeito, selecionamos uma cena com a ACS Laura na qual se coloca a questão da transmissão de um saber sobre o corpo na transmissão mãe-filha, e a função paterna.

Laura havia comentado que gostaria de discutir o caso de Amanda, uma garota de 1 ano e 3 meses que achava *um pouco estranhinha*. Embora não soubesse fornecer maiores detalhes, falava sobre uma vaga sensação de que *ela não gostava muito de estranhos*.

Ao ser acompanhada pela monitora em uma visita à criança, chamou a atenção o modo como Laura se concentrou nos indicadores que tratavam da identificação, pela criança, de objetos da mãe e do pai (indicadores 27, 28 e 31). Surpreendendo-se com a ênfase que havia dado, Laura começou a falar que achava importante a menina ver *a mãe se arrumar, se admirar, passar batom, olhar no espelho, se vestir*. Segundo ela, naquela casa não havia nada disso. *Vc viu, não tinha um espelho, ela não usa batom, não tava vestida (sic)*.

Laura comentou que essa mãe a preocupava, assim como outras, por parecer desligada, *perdida no tempo* (não sabe as datas da consulta), *paradinha*, sem ir atrás das coisas, como emprego. Falou sobre precariedades: de objetos, de comidas, de bons modos.

À ACS havia escapado, todavia, o relato da mãe sobre o interesse da criança por seu creme hidratante e por suas *tupperwares* e panelas. Amanda também se mostrou curiosa com a bolsa, brinco e outros pertences da monitora.

Na conversa com Laura, esclarecia-se a importância do processo de identificação da criança aos recursos ofertados pelo cuidador – no caso, a mãe – para o processo de reconhecer-se como menina. Mas, esses recursos poderiam ser os mais diversos, assim como os objetos – a criança poderia se virar com o que havia de disponível para a mãe! Ao longo da conversa, a ACS foi contando ter associado a mãe de Amanda, que confundiu a gravidez com uma dor de estômago, à própria filha, que também não soube interpretar os sinais da gestação. *Eu acho assim que tem alguma coisinha nessas pessoas... elas parecem, não sei, que não percebem o próprio corpo...*

Outras falas de Laura pareciam apontar novamente para as relações entre mães e filhas. Os significantes “filhas mulheres” insistiam em sua fala, apontando para questões sobre a transmissão entre mulheres, algo que parecia passar pelo corpo.

Este fragmento da cena demonstra a maneira própria como a ACS se enlaçou à dimensão das construções da sexualidade, no contato com os objetos do cuidador. Acredita-se

que essa dimensão, fundamental do IRDI, só pôde ser apropriada a partir destes rodeios da fala de Laura e da situação que a propiciou. Por trazer à tona algo peculiar a sua história, hipotetizamos que possa ficar como traço de sua participação na formação IRDI.

Outro aspecto foi ainda bem trabalhado pela ACS Laura: a apreensão da importância da função do corte e da inserção da criança na cultura. A mãe acompanhada por ela afirmara não oferecer brinquedos à criança, e lhe dá o peito sempre que a filha quer. Assim, havia a ausência dos indicadores 25 (oferecer brinquedos em substituição ao corpo) e 29 (mãe pede que a criança nomeie), apontando para a dificuldade da mãe em se separar da filha e do corpo dela; de inseri-la no universo da palavra e da cultura.

Em relação à colocação de regras, a fala da mãe era dúbia. Ao mesmo tempo em que revelava a presença do indicador, ressaltava que essa era uma função exercida somente pelo pai. A mãe passou a comentar que a filha não a obedecia: ela até falava *não*, mas ela não era levada a sério. A criança parecia *achar que é brincadeira. Já o pai, por gritar com ela, ela obedece*.

A intervenção da ACS foi interessante: *Será que você também não leva esse não na brincadeira?* Falaram sobre o tom deste não e sobre a possibilidade de se negar coisas à criança, de não ter que fazer tudo o que ela quer. Após a conversa com a mãe, Laura comenta que lhe parecia que a mãe não conhecia o não. *Como ela vai passar, então, este não para o filho?*

Sua posição e comentário na cena revelam a noção de função paterna incorporada. Provavelmente, não foi a formação que lhe deu esse saber – trata-se de um saber inconsciente, transmitido na relação com seus próprios cuidadores. Porém, tendo sido acessado no momento da cena e articulado aos indicadores que observava, pôde produzir ressonâncias a partir de registros psíquicos.

4.6.4.2 Suposição de sujeito por parte do ACS

Se há uma “boa forma” de se afetar pelos bebês, considerada não como ideal, mas como uma abertura possibilitadora, talvez seja aquela em que o profissional se posiciona de maneira a supor um sujeito – o que remete a um dos eixos teóricos do IRDI. Supor um sujeito onde de início só há o real propicia olhar a relação cuidador-bebê a partir do IRDI.

Supor um sujeito significa, para Teperman (1996), não sucumbir à imagem “sem forma, esparramada” que o corpo real inicial do bebê evoca. Um outro nessa posição, torna-se Outro primordial quando: fala com a criança, supõe significação em seus atos e os interpreta. Essas seriam, segundo Jerusalinsky (1993; citado por Teperman, 1996) três atribuições da função materna.

O acompanhamento de alguns ACS em serviço mostrou que alguns profissionais colocaram-se nessa posição de supor um sujeito, fazendo ressoar, no campo de pesquisa, significantes relacionados à *adoção*. Podemos supor, então, que observar um bebê com o auxílio do IRDI é também abrir o terreno da maternagem.

Na unidade em que Adélia trabalha, apenas cinco ACS continuam a formação oferecida, das 17 que a iniciaram (por sugestão da gerência). Ela dá sinais de grande envolvimento no acompanhamento dos bebês, estando muito atenta a eles e discutindo as sutilezas que os indicadores propõem.

Em relação a uma das famílias que visitou em companhia da monitora, Adélia comenta a marcação da ausência do indicador 12: *A mãe dá suporte às iniciativas da criança, sem poupar-lhe o esforço* (eixo Presença-Ausência). A ACS referiu-se a uma situação em que *a mãe entregava tudo na mão da criança*, e ainda, ao nascimento de um primeiro filho nesta família, em que tal tendência materna pode ter incidido na criança como *preguiça de falar*. Ela articula ambas as situações e escuta, da mãe, as suas dificuldades de antecipar as realizações da criança. A postura educativa característica das intervenções de sua função encontra-se relativizada nessa situação. Na segunda marcação do IRDI na mesma faixa desse bebê, o item 12 havia sido presentificado.

Em uma visita domiciliar, a ACS Adriana se surpreendeu ao perceber que na dupla mãe-bebê observada, as vocalizações da filha de quatro meses eram dotadas de significado pela mãe. *Mas ela é muito pequena, não pode estar falando!* dizia. A situação criou a oportunidade para a discussão dos itens do IRDI relativo ao manhês e à importância, para o desenvolvimento do bebê, da antecipação de suas capacidades - uma das atribuições da função materna. Passou a falar então de seu filho de três anos, que ainda não consegue fazer frases. Remeteu-se a algumas situações, dando-se conta de que na idade em que ele estava, imaginava já saber *o que ele queria* antes mesmo que completasse as frases, o que o impedia de formulá-las. Os eixos do IRDI “Alternância presença-ausência” e “Função paterna” abarcam justamente a importância de o cuidador tomar um intervalo, uma distância e uma orientação a parâmetros externos (como a linguagem) em relação ao bebê.

Nessa elaboração, Adriana demonstrava deixar-se afetar pelo IRDI para além do incômodo inicial que pareceu demonstrar diante do que lhe deixou surpresa. A caminho da unidade de saúde, passou a falar, agora sobre o receio que sempre havia tido de que aparecesse em seus filhos *a genética* da família de seu marido, em que muitos *têm um jeito esquisito, de loucos mesmo*. Em outras situações no decorrer da formação, Adriana continuou a se remeter a relações de filiação em sua família: fala de seu filho, da filha adotada de sua irmã, faz constantes referências a um filme que diz lhe tocar particularmente: “Meu filho, minha vida”. Além disso, continua a discutir e acompanhar as crianças de sua área com o IRDI, demonstrando interesse e engajamento com o trabalho.

Em outra ocasião da monitoria, a ACS Adélia comenta ter perdido um primeiro filho, quando este tinha apenas seis meses de gestação. Ficou internada alguns meses por conta dessa perda e demorou seis anos para se decidir por tentar outro filho. Comenta que sua experiência pessoal, sua perda, talvez seja o elemento que a faça gostar do trabalho com crianças e com o IRDI. É como se quisesse *adotar todos*, afirmou. O desejo da adoção de “todos” os bebês por Adélia é irrealizável, mas sendo o possível na fala, tem existência simbólica e aponta para uma posição propiciadora para o trabalho em questão. Faz pensar na maneira como, para se fazer sujeito, um bebê precisa ser “adotado” - aceito, reconhecido— e nas potenciais contribuições de uma terceira pessoa a intervir na relação cuidador-bebê e nesse processo de reconhecimento, desde que guiada por certo olhar e posição subjetiva.

A ACS Renata participou de todos os encontros da formação IRDI e havia começado a acompanhar algumas crianças, porém só conseguiu dar seguimento a Lilian. Ao observá-la, descrevia as situações relativas a cada indicador com comentários pertinentes. Todos os indicadores estavam presentes. Afirmava que primeiro olhava a menina em seu contexto, brincando com a irmã e a mãe, depois olhava os indicadores e pensava: *em qual indicador se encaixa o que estou olhando?* Também percebia que eles estão interligados. E deu o exemplo: se a criança pede, chamando a atenção do cuidador (IRDI 13), provavelmente também vai pedir aprovação (IRDI 21).

Ao abordar a experiência de uso do IRDI, Renata comenta o lugar privilegiado que Lilian passou ocupar para ela: *Parece que eu adotei ela! Só tenho dois meninos, queria uma menina. Aí eu venho, quero pegar. Faz a gente criar esse vínculo, sabe? Agora as crianças do IRDI são diferentes.*

Este aspecto da implicação com uma função de maternagem parece estar diretamente relacionado com o fato de não fazer o IRDI um questionário. A maioria dos profissionais que permitiram ter a presença da monitora durante a sua prática relatou ter filhos. Em poucos

casos, embora não fossem mães ou pais, comentaram ter sobrinhos que moravam junto com eles, exercendo também a função de cuidador. Embora tenha havido essa coincidência, não é possível afirmar, todavia, que esse era um diferencial entre os grupos mais engajados ou menos engajados, pois não foi possível diferenciar subgrupos quanto a este aspecto, por não ter sido um dado previsto no questionário usado para caracterização. O grupo inicial de ACS apresentava certa homogeneidade, sendo formado, em sua maioria, por mulheres (92%) de 20 a 39 anos – período provável de maternidade.

Importante sublinhar que ter filhos não é uma condição para se posicionar de maneira a supor um sujeito no bebê; pois se trata de uma posição calcada em aspectos subjetivos. Ao posicionar-se de maneira a supor um sujeito, o profissional se engaja no acompanhamento da família do bebê, fazendo parte de uma rede social que acolhe as famílias. O acompanhamento das condições em que está se dando a constituição do sujeito, por um profissional da saúde, quando este se põe em posição de supor um sujeito, pode facilitar o estabelecimento das relações humanas desse bebê, transmitindo essa aposta aos cuidadores da criança.

4.6.5 Um ganho de prazer com a prática

Os profissionais que se engajaram na formação IRDI associaram à experiência o ganho de um interesse a mais pelo ato de acompanhar a relação cuidador-bebê, ou um prazer. De maneira formal, este ganho foi mencionado por uma ACS na ficha de acompanhamento 3, afirmando que, quanto a díade cuidador-criança, ela passou a *poder analisar os dois com mais interesse*. Diversos relatos em monitoria apontaram esse mesmo efeito, expresso, por exemplo, na fala de Renata: *Antes eu acompanhava a criança, mas não era ‘aquela coisa’, era mais automático. Antes do IRDI, eu vinha, fazia as perguntas, via as vacinas... Depois do IRDI é assim ó... sento, olho, vejo como a mãe é com a criança, presto atenção, crio vínculo.*

O pediatra entrevistado em um estudo anterior (Morais, Koizume, Lerner & Kupfer; 2011) também se referiu como uma das influências da formação IRDI em seu trabalho a maior disponibilidade e o ganho de um prazer a mais com as consultas.

Ao abordar os enquadres propiciadores para uma transmissão da psicanálise, Almeida (2006) defende que a inserção da psicanálise em outros campos pode acontecer pela via de uma *transmissão* possível ou pela via de um *ensino* corriqueiro, trivial. Distinção difícil de ser

feita, por envolver a relação ao saber de cada participante e também pelo enquadre (ou encontro) propiciador em cada uma das situações. Quando ocorre apenas pela via do ensino, a psicanálise não se diferencia das formas de didática de outras disciplinas. Para que opere a via da transmissão, por sua vez, algumas condições mínimas devem comparecer.

A autora está abordando a transmissão da psicanálise a educadores, mas há aspectos que parecem importantes para qualquer inserção de desdobramentos da psicanálise a outros campos que busque efeitos de transmissão.

Entre as condições mínimas, a autora cita: a presença de um analista na posição de mestre não-todo (o que significa dizer alguém que saiba de sua incompletude, que esteja submetido à Lei da castração); um participante disposto a se interrogar sobre sua própria prática; um dispositivo clínico de fala, escuta e escrita; e a finalidade de uma mudança subjetiva na prática desse. Quanto a essa mudança, o ganho de prazer é a dimensão ressaltada por Almeida (2006). E nossos resultados confirmam este potencial de transformação da prática do ACS, em que há maior disponibilidade e prazer.

.

Considerações finais

Para finalizar este trabalho, retomamos alguns de seus resultados, devido à característica de divisão com que os dados foram apresentados. Tentaremos esboçá-los em conjunto, embora não sejam homogêneos. Isso se dá pela distinção, já discutida no capítulo referente ao método, sobre os métodos utilizados em saúde, sejam eles quantitativos ou qualitativos, e em psicanálise, cuja natureza é eminentemente clínica.

Almeida (2006) refere-se à psicanálise *em extensão* como o ensino, a divulgação ou a difusão da psicanálise e de seus desdobramentos. Mas em oposição a ela, haveria a psicanálise *em intensão*, termo utilizado por Lacan para pôr acento na constante tensão que o inconsciente provoca.

Portanto, impasses e limites são impostos ao ensino da psicanálise em extensão. Aspectos que comparecem aqui quando localizamos uma (in)tensa linha separando as duas formas de análise empreendidas. De um lado, a análise de conteúdo realizada, com a apresentação dos dados em categorias e suas frequências, com vistas à investigação das influências da formação IRDI em forma de apreensão de conteúdos nas respostas dos participantes - ou rastros. De outro, a leitura dos discursos segundo uma vertente de inspiração clínica, em que se buscou situar possíveis traços da formação, com potencial de permanência segundo fundamentação teórica psicanalítica.

Tal ocorrência simultânea de recortes distintos reflete uma das características dos IRDI, que servem tanto a uma objetivação de aspectos da constituição subjetiva quanto a sua leitura clínica. Essa é sua utilidade para um diálogo com a Saúde Coletiva, mas também, seu caráter desafiador. Nossa opção foi a de apontar ambos os aspectos.

Em sua prática de acompanhamento de bebês, os ACS geralmente são orientados por aspectos técnicos, centrados em procedimentos de avaliação do crescimento, como pesagem e outras medições. Este é um dos resultados apontados por este trabalho. É verdade que o crescimento é um aspecto de natureza objetiva, diferentemente das questões relativas ao desenvolvimento, o que talvez se coadune com uma visão de que a tarefa desse profissional precisa ser simplificada, considerando seu nível de escolaridade.

Porém, também evidenciamos a sensibilidade desses profissionais para o entorno do bebê e sua pré-disposição para o aspecto relacional, mesmo em momento anterior à formação. Após o contato formal com esses indicadores, as menções a aspectos mais detalhados da relação cuidador-bebê passaram a surgir de forma mais elaborada.

Uma das conclusões que se pode tirar do material é a de que talvez inexista um instrumental que dirija este olhar e esta consideração. Assim, a formação IRDI parece ter colocado em cena algo que comparecia como pano de fundo na prática dos ACS. À luz do

material analisado e em relação à transmissão da experiência clínica acumulada que o IRDI pode levar ao campo da saúde, acredita-se que uma das funções do presente trabalho é o de dar consequências a este saber, tornando-o operacional.

Aqui se considera relevante uma breve digressão histórica. Foucault (1979/2008) aborda o corte epistemológico operado por Freud no discurso científico, em *Microfísica do Poder*, no capítulo sobre a História da Sexualidade. O contexto é o debate com alguns intelectuais, entre eles Jacques-Allain Miller, no qual Foucault argumenta que, embora os cortes sejam pontos de partidas originais, também precisam ser relativizados à luz da história.

O procedimento do autor, tanto em relação à história da medicina quanto a outras ciências empíricas foi o de buscar saber os grupos de transformações necessárias e suficientes, internamente ao regime dos discursos, para que se pudesse empregar tais ou quais palavras, um determinado tipo de análise ou um modo de olhar (e não outro). Tais pistas seriam tão constatáveis quanto o corte.

No que se refere à psicanálise, Foucault (1979/2008) vê na maquinaria da confissão criada pelo cristianismo, as condições de possibilidade para que, séculos depois, Freud e a psicanálise surgissem como um de seus episódios: “(...) em torno do século XVIII instala-se, por razões econômicas, históricas, etc., um dispositivo geral em que Freud terá seu lugar” (p. 260).

Por confissão Foucault compreende os procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito. E a Psicanálise teria sido um ponto culminante disso. Considera-se que Foucault não pretende reduzir os confessores a Freud.

O autor observa que tanto na psicanálise quanto em outros procedimentos de confissão, o sujeito não conhece a verdade. Contudo, ressalta-se a advertência de Miller de que não se trata do mesmo desconhecimento. O não-conhecer da confissão não tem o estatuto do Inconsciente. Diz Foucault (1979/2008):

A grande originalidade de Freud não foi descobrir a sexualidade sob a neurose. A sexualidade estava lá, Charcot já falara dela. Sua originalidade foi tomar isto ao pé da letra e edificar a partir daí a *Traumdeutung* (Interpretação dos Sonhos), que é algo diferente da etiologia sexual das neuroses. (p. 266)

O que o paralelo com a história da psicanálise, pela perspectiva foucaultiana, nos ajuda a pensar é que os aspectos continentais ao IRDI não são alheios à Saúde Coletiva e aos atores que dela fazem parte. Os ACS caracterizam-se pela relação estabelecida com a comunidade e seus núcleos familiares. Esta é a base de seu saber – seu capital social, como já

apontado por Lima & Moura (2005). Portanto, não é surpreendente que se atenham a aspectos relacionais que interessam a essa pesquisa. É preciso dar lastro às falas recorrentes *já sabemos disso*, ouvidas nos encontros de formação ou monitorias, mas também fazer valer a noção de que o mesmo pode gerar outra coisa.

O encaminhamento de três crianças para avaliação mais detalhada e possível tratamento ao longo da formação apontou um aspecto interessante quanto à existência prévia desse saber. Em dois desses casos, os ACS afirmaram que suspeitavam de algo *diferente* ou *esquisito* no bebê, mas não sabiam explicar a razão de acharem isso. Ou seja, não encontravam uma maneira de objetivar essa percepção. Aliado a isso, havia em um dos casos, o receio de contradizer a pediatra que já havia visto o bebê e não notara nada de errado com ele. Assim, o IRDI também fornecia uma autorização ao ACS. Dava consequências a um saber que se insinuava.

Além disso, mesmo afirmando conhecer os aspectos abordados pelo IRDI, 72,5% dos participantes relataram influências do protocolo em sua prática, principalmente no que se refere à observação ou conhecimento sobre a mãe e o bebê ou à família. A melhoria nesse aspecto da prática do ACS pode servir a diversas atividades, e o que chamou a atenção nesta pesquisa foi o uso do IRDI tanto para a detecção como para a orientação à mãe ou família sobre o contato com o bebê. Essa perspectiva parece ser um modo de incorporação próprio à Saúde Coletiva – com seus benefícios e riscos.

O fato é que as apropriações são sempre imprevisíveis e sujeitas às particularidades. Os profissionais de saúde passaram a utilizar o IRDI não só como instrumento de avaliação, mas também como facilitador para orientação das famílias. O apoio do IRDI pôde relativizar, em algumas situações, a postura educativa característica das intervenções dos ACS. Quando bem utilizado, envolve uma escuta ao cuidador e a emergência de aspectos pessoais que podem ser investigados e trabalhados de modo anterior à prescrição de uma ação.

Tizard (1999) afirmou que a influência das hipóteses de Winnicott sobre o desenvolvimento infantil se estendeu da Pediatria a outras áreas, com efeitos benéficos na prática de parteiras, visitantes sanitários e assistentes sociais. Assim, o trabalho com o IRDI pode ser uma das contribuições da Psicanálise para a Saúde Coletiva. Mas, como o próprio Winnicott (1987/2006) afirma, uma das lições mais importantes a ser aprendida é a de não interferir desnecessariamente e aprender com a mãe, ao invés de ensiná-la. Essa é uma via que este trabalho mostrou ser frutífera, e ocorre nas situações de uso do IRDI em que o ACS tem uma maneira particular e pessoal de apropriação do instrumento e de toda a situação entre cuidador-bebê.

O maior contato dos participantes com o IRDI ocorreu quando foram abordados os itens da primeira faixa, relativos a um bebê recém-nascido até 4 meses incompletos. Houve queda significativa na participação a partir do segundo até o último encontro, e a progressiva diminuição do uso do protocolo. Em termos de média, é como se praticamente todos os participantes tivessem aplicado ao menos uma vez o IRDI relativo à primeira faixa do bebê (74 aplicações).

Observou-se que aspectos relativos a esses itens compareceram nas respostas da ficha 2, que funcionou como pós-teste do primeiro encontro, demonstrando as modificações nas concepções sobre o desenvolvimento infantil que possuíam, de modo a incluir a subjetividade, e o aspecto relacional entre cuidador e criança. Decorridos sete meses do encontro 1, houve a manutenção da apreensão dos conteúdos vistos àquela época, pois os indicadores da primeira faixa foram os mais lembrados, mesmo tendo em vista que o segundo encontro havia sido o mais recente.

O conhecimento da importância do manhês (modalidade de voz do cuidador em relação ao bebê- item 2 do IRDI) também foi ressaltado como uma grande novidade para os ACS. Este foi o Indicador mais lembrado espontaneamente pelos ACS, seguido por outros três indicadores pertencentes à primeira faixa do IRDI (1, 3 e 5).

Podemos tecer algumas hipóteses sobre esse resultado. O efeito maior do primeiro encontro pode decorrer do contato inicial com o instrumento. Embora houvesse falas de que o protocolo não fosse uma novidade para a prática que realizam, as modificações nos aspectos observados no bebê mostram que essas diferenças existem e podem ter tido um efeito inicial de novidade, ainda que uma série de circunstâncias possam ter concorrido para enfraquecê-las.

Outra hipótese, corroborada pelos próprios profissionais, é a de que sua prática em relação à saúde da criança se concentra nos primeiros meses de vida do bebê. Os participantes alegaram, ainda, possuírem dificuldade em seguir os bebês após o término da licença maternidade das mães, entre 4 e 6 meses após a gestação.

É preciso considerar, todavia, que os indícios de maior apreensão da primeira faixa do IRDI também podem ser explicados pelo relativo grau de facilidade de observação dos itens, que adquirem uma complexidade progressiva ao longo das quatro faixas. Foi possível notar algumas dificuldades que perpassaram à formação desde o início, como o manejo dos itens que se referiam ao eixo teórico da “Alternância Presença-Ausência” na relação entre a criança e seu cuidador. Esse aspecto se confirma, inclusive, pela ausência de referências espontâneas aos itens do IRDI relativos a esse eixo nas faixas 1 e 2 (itens 4, 8, 12 e 13).

A experiência em monitoria confirmou a menor familiaridade e possível dificuldade na apropriação desses itens. Diversos ACS afirmaram não compreender tais indicadores ou não saber diferenciá-los. Chama a atenção, ainda, o alto número de marcações A ou NV para o indicador 4 (tabela 13). Pode-se inferir uma dificuldade na própria transmissão, pois as questões fechadas elaboradas pela equipe nas duas Fichas não incluíram esse aspecto.

De acordo com Kupfer et al. (2009), o eixo “Alternância Presença/Ausência” (PA), as ações maternas que se fazem presentes e ausentes de forma alternada fazem parte deste eixo:

A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, digno de nota, obrigando a criança a desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. A presença materna não será apenas física, mas será, sobretudo, simbólica. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras. (p. 53)

Embora tenham expressão fenomênica de fácil observação, todos os itens do IRDI são baseados em aspectos de fineza teórica, elaborados no campo psicanalítico. Então, será possível pensar que os indicadores do eixo teórico em questão não encontraram ainda uma boa expressão fenomênica? Ou se trataria de uma complexidade em relação aos seus fundamentos que resulta em menor transmissibilidade para um campo estranho ao da psicanálise como é a saúde pública? Tais questões encontram-se em aberto.

Mesmo se considerarmos o objetivo de produzir consequência sobre um saber que se insinuava desde o início e que pode ter sido aprimorado, é preciso considerar desafios que se impõem à inserção do IRDI na prática dos ACS.

Embora tenham mencionado aspectos que vão ao encontro da consideração da importância dos aspectos relacionais, ao relatar os indicadores lembrados, as menções aproximativas aos IRDI tinham apenas algum cruzamento com os indicadores. Em muitos casos, ficava excluído o componente fundamental do IRDI, referente à construção da subjetividade do bebê a partir da relação com seu cuidador.

Observou-se, entretanto, que é a partir do contato com sua própria história e modo pessoal de apropriação que o profissional poderá incorporar o IRDI em sua prática a partir do ponto que interessa: a subjetividade. Hipotetizamos que, nesses casos, pode ter havido uma apropriação com potencial de permanência.

Se por um lado as razões alegadas para a aplicação do protocolo apontavam para uma questão ética: *Acho que posso contribuir com a detecção de problemas graves na infância*, por outro, as razões para a não-aplicação mostram tanto a ideia de que o IRDI não traz novidade quanto uma questão pessoal: *não gostei do curso* ou *não tive interesse pelo tema*.

De fato, os profissionais que se dispunham a ter suas visitas domiciliares acompanhadas alegavam algum tipo de interesse pessoal em relação ao protocolo.

Vimos resistências provocadas pela proposta - institucionais e pessoais. Em relação a estas, a possibilidade de acompanhar o bebê orientando-se pelo IRDI faz emergir aspectos que podem parecer, à primeira vista, desconfortáveis ao profissional. Foi o acompanhamento em monitoria que permitiu manejar as resistências psíquicas, inevitáveis, de modo a propiciar engajamento. Também contribuiu para a própria permanência dos participantes no curso, considerando que das 24 pessoas presentes a três encontros, apenas duas não haviam participado de qualquer experiência de monitoria (em grupo ou individual).

Para uma apropriação favorável, o acompanhamento particularizado é o que permite a direção de trabalho que se pretendeu dar. Lançar o IRDI para aplicação em massa, sem esse tipo de percurso, não parece surtir grandes resultados. Corre-se o risco de se avaliar aspectos que fogem aos aspectos primordiais do instrumento.

Mas além de trabalhoso, o acompanhamento em monitoria também não é uma direção tranquila. A partir dele, outro desafio se impôs. Alguns ACS acompanhados queixavam-se não ver a repercussão ou continuidade desse tipo de trabalho na instituição. Pareceu-nos que a apropriação particularizada, sob transferência com a monitória, gerava ou revelava uma expectativa conflitiva com a ordem institucional, permeada pelo discurso social. O que se construía como expectativa era vivido posteriormente como frustração. Uma das falas de uma ACS representa este sentimento: *A gente sente que foi um trabalho perdido, que nosso trabalho não valeu, né.*

Hipotetizamos que essa disjunção referia-se a modos diferentes de regimes de funcionamento entre os âmbitos do institucional e do subjetivo. Então, como propiciar envolvimento, permitindo que se afetem pelos indicadores e pelo olhar que ele orienta, e depois retornar aos questionários, aos números, fluxos e cronogramas institucionais? Ao contrário, como abordar o âmbito institucional sem perder a especificidade e o caráter clínico do IRDI? Ou ao menos, que a instituição não se oponha à forma de discursividade instalada pelos indicadores?

Essa tensão, o psicanalista que se mete ao diálogo com a saúde precisa suportar, como já esboçamos. Porém, podemos repassá-la a um profissional como o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com tantas outras atribuições?

Essas são algumas das questões levantadas aqui para futuras pesquisas.

Não são questões fáceis, mas para contorná-las, citamos alguns enquadres possíveis para próximas experiências com o IRDI que envolvam essa categoria profissional ou outras, no campo da saúde.

Percebemos que uma proposta de implantação do IRDI na Atenção primária deve ter em vista um percurso a longo prazo, realizado de preferência em uma unidade de saúde por vez, de modo a enfrentar no caso a caso as resistências no nível institucional. A experiência profícua obtida em uma das unidades de Embu das Artes mostrou a pertinência de se trabalhar com uma equipe pequena e com formações distintas, composta por ACS, profissionais de enfermagem e, se possível, o pediatra.

Vimos que mais do que a escolarização, o importante é a forma de engajamento dos participantes. Portanto, é interessante realizar uma sensibilização para um grupo amplo e, a partir dela, os que manifestarem algum tipo de afetação com a proposta partirem para um momento mais aprofundado, com acompanhamento em serviço. Esses poderiam operar como “multiplicadores” dentro das equipes. Em nossa experiência, localizamos profissionais com este potencial.

Por todos os desafios que o IRDI implica, torna-se importante que o uso do protocolo seja supervisionado por um profissional da área “psi” – psicólogo/psicanalista que seja afeito à proposta, ao menos em uma etapa inicial. Considerando a estrutura existente na Atenção Primária, poderia funcionar o modelo de apoio matricial aos profissionais dado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem um psicólogo previsto em sua equipe (Brasil, 2009).

Além do uso do protocolo, outra sugestão é a de produzir linhas gerais de atuação com base no IRDI, a exemplo do que já consta na Caderneta de Saúde da Criança, embora de maneira reduzida em sua última versão, para figurar em materiais de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tal como proposto por Barlow et al (2008). Seria interessante que essa construção fosse feita em conjunto com a equipe interessada na incorporação dos fundamentos do protocolo, contando com alguns profissionais já sensibilizados e formados para o trabalho com o IRDI, podendo ser referenciados em caso de dúvidas.

A exposição de enquadres possíveis, entre tantos outros que ainda podem vir a ser criados, pretende tão somente abrir discussões a respeito dos temas abertos pelos indicadores.

Para finalizar, resgatamos as palavras de um dos participantes da formação: *as crianças nascem com cromossomos, e nos mostram como somos*. Afirmção que nos lembra não apenas da continuidade entre a criança e o adulto – ressaltada a partir do século XIX – como do potencial trazido pelo bebê e do necessário enlace no outro cuidador e no campo

social, à maneira de um espelho, para que seja desdobrado. O bebê mostra o que somos, pois só pode **ser** a partir de nós.

Referências

- Aitken, K. J. & Trevarthen, Colwyn (1997). Self-other organization in human psychological development. *Development and Psychopathology*, 9: 651-675.
- Almeida, S. F. C. (2006). Transmissão da psicanálise a educadores: do ideal pedagógico ao real da (trans)missão educativa. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 11, n. 21.
- Aspesi, C. C.; Dessen, M.A & Chagas, J.F. (2005) A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. In Dessen, M.A & Costa Junior, A.L. (orgs). *A Ciência do desenvolvimento humano – tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Presses Universitaire de France. Edição em português por Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barlow, J.; McMillan, A.S.; Kirkpatrick, S.; Ghate, D.; Barnes, J. & Smith, M. (2008). *Health-led parenting Interventions in Pregnancy and Early Years*. Research Report. Department for children, schools and families. Coventry, UK: University of Warwick. Disponível em: <<https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DCSF-RW070.pdf>>.
- Baron-Cohen, S.; Allen, J. & Gillberg, C. (1992) Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Bernardino, L. M. F. (2006). A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: Bernardino, L. M. F. (Org.). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta.
- Bernardino, L. M. F. (2009). O trabalho interdisciplinar com bebês e a psicanálise. In E.F.; Ferreira, S.S. & Barretto, T.A. *As interfaces da clínica com o bebê*. Oliveira, Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos.
- Blanchard-Laville, C. (2007). Em defesa de um clínica de orientação psicanalítica em ciências da educação. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 12, n. 22, jun.
- Bornstein, V.J.; David, H.M.S.L. & Araújo, J.W.G. (2010). Community health agents: reconstruction of the risk concept at local level. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.32, p.93-101, jan./mar.

- Boukobza, C. (2002). O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: Bernardino, L. M. F. & Fernandes, C. M. (orgs). (2002). *O bebê a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Boulet, S.L; Boyle, C.A. & Schieve, L.A. (2009). Health Care Use and Health and Functional Impact of Developmental Disabilities Among US Children, 1997-2005. *Arch Pediatr Adolesc Med*.163(1):19-26.
- Brasil. (1997). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (2003). *SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Educação. Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, A. L.; Silva, L. F.; Grisi, S. J. F. E. & Escobar, A. M. U. (2008). Clinical indicators of child development in the capitals of nine Brazilian states: the influence of regional cultural factors. *Clinics* (São Paulo), v. 63, pp. 51-58.
- César, J. A.; Cavaleti, M. A.; Holthausen, R.S & Lima, L. G. (2002). Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1647-1654, nov-dez.
- Costa, Jurandir Freire. (2004). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Earls, M. F. & Hay, S. S. (2006). Setting the Stage for Success: Implementation of Developmental and Screening and Surveillance in Primary Care Practice—The North Carolina Behavioral Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics* 118; pp. 183-188.

Elia, Luciano (2004). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

Falleiros, I.; Lima, J.C.F.; Matta, G.C.; Pontes, A.L.M.; Lopes, M.C.R; Morosini, M.V.C. & Corbo, A.M.A (2011). A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In Ponte, C.F & Falleiros, I. (orgs). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e Casa Oswaldo Cruz (COC).

Ferretti, M.C.G. (2004). *O infantil - Lacan e a modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Figueiras, A.C.M.; Puccini, R.F.; Silva, E.M.K.S. & Pedromônico, M.R.M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1691-1699, nov-dez.

Foucault, M. (1985). Método. In: *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. (Trabalho original publicado em 1976).

_____. (2004). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1969).

_____. (2008) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1963).

_____. (2008). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. (Trabalho original publicado em 1979).

Freud, S. (2006). *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago. Vol. III. (Trabalho publicado em 1896).

_____. (2006). *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 52, de 6 de dezembro de 1896*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. I. (Trabalho original publicado em 1896).

_____. (2006). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

- _____. (2006). *A dinâmica da transferência*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado em 1912).
- _____. (2006). *Uma nota sobre o bloco mágico*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado em 1925).
- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebês: narratividade, filiação e transmissão*. Trad. Catão, I.; Fernandes, M.A.; Castilho, J. & Aragão, R. São Paulo: Casa do Psicólogo (Coleção 1ª Infância).
- Guirado, M. (2009) *A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade*. Tese de Livre-Docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hanns, L. A. Psicoterapias sob suspeita – a Psicanálise no século XXI. (2000). In: Pacheco Filho, R. A.; Coelho Junior, N. & Rosa, M. D. (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 175-203.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2002). *Censo demográfico de 2000*, Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo demográfico de 2010*, Rio de Janeiro.
- Jerusalinsky, A. (2007). *Desenvolvimento e Psicanálise*. In: Jerusalinsky, A. et al. Porto Alegre: Arte e Ofícios Editora.
- Kupfer, M.C.M. & Voltolini, R. (2005). Uso de Indicadores em Pesquisas de Orientação Psicanalítica: Um Debate Conceitual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa; Set-Dez, Vol. 21 n. 3*, pp. 359-364.
- Kupfer, M.C.M. (2006). *Freud e a Educação – O mestre do impossível*. São Paulo: Scipione.
- Kupfer, M. C. M. et al. (2008). *Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise*. Relatório científico final (PT Fapesp n. 2003/09687-7). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Kupfer, M.C.M.; Jerusalinsky, A.N.; Bernardino, L.M.F.; Wanderley, D.B.; Rocha, P.S.B.; Molina, S.E.; Sales, L.M.; Stellin, R.; Pesaro, M.E. & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat.Amer. Journal of Fund. Psycopath. Online*, 6(1), 48-68.
- Laznik, M-C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, D. *Palavras em Torno do Berço*. Salvador, Ágalma.
- _____. (1997). Reconhecimento de uma falta na mãe e abertura de um espaço imaginário na criança. In: *Rumo à palavra. Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta.
- _____. (2004). Psicanalistas que trabalham em saúde pública. In: Laznik, M.C. *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- _____. (2009). Prefácio. In: Catão, I. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Lebrun, J-P. (2006). *Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lerner, R. & Kupfer, M.C.M. (orgs.). (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Fapesp/Escuta.
- Lerner, R. (2008). Relato de casos na clínica psicanalítica e em pesquisas: considerações quanto às condições discursivas. In Lerner, R. & Kupfer, M.C.M. (orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Fapesp/Escuta.
- Lerner, R.; Cullere-Crespin, G. & Kupfer, M.C.M. (2011). Formação de pediatras para detecção de riscos de transtornos de desenvolvimento: da especialização à abertura para a constituição subjetiva da criança. In: Almeida, S.F.C & Kupfer, M.C.M (Org.). *A psicanálise e o trabalho com a criança sujeito*. Rio de Janeiro: WAK, pp.71-81.
- Lerner, R. (2011). *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI): verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade*. Tese de livre-docência. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, Desenvolvimento e da Personalidade. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Levin, E. (1997). *A infância em cena*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Likert, Rensis (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*. 140: pp. 1-55.
- Lima, J.C. & Moura, M.C. (2005). Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 20, n. 1, pp. 103-133, jan./abr.
- Mezan, R. (2002). Pode-se ensinar psicanaliticamente a psicanálise? In: *A vingança da esfinge: ensaios em psicanálise*. pp. 187-204. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C. S. (org) (1994). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*, pp. 9-29. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Morais, A. S.; Koizume, E. M.; Lerner, R. & Kupfer, C. (2010). O declínio dos saberes e o gozo da técnica: a psicanálise na formação de pediatras. In: O declínio dos saberes e o mercado do gozo, 8., São Paulo (Anais). *Proceedings online FE/USP*. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br>>.
- Morosini, M.V.G.C; Corbo, A. A. & Guimarães, C. (2007). O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In Fonseca, A.F & Stauffer, A.B. *O Processo histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Mota, M.E. (2005). Psicologia do Desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em psicologia*. Vol 13, n.2, pp. 105-111.
- Miller, J.-A. (2004). A era do homem sem qualidades. In: *aSEPHallus*, n. 1. Disponível em: <http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_01/traducao.htm>. Original: "L'ère de l'homme sans qualités", in *La Cause freudienne*, Paris: Diffusion Navarrin Seuil, 2004, n. 37, p. 73-97.
- Myers, S.M. & Johnson, C.P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120 (5): 1162-1182.
- Nogueira, L.C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15 (1/2), 83-106. (Transcrição de aula proferida pelo autor em 06/10/1999).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Saúde Mental, nova concepção nova esperança*. Relatório Mundial da Saúde 2001. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2005). *Manual para vigilância do Desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D.C: OPAS. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>>.
- Pascucci, M.C.; Lejarraga, H.; Kelmansky, D.; Alvarz, M.; Boullon M.; Breiter P.; Breuning S. et al. (2002). Validación de la Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100 (3) 374 – 385.
- Pesaro, M.E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pesaro, M.E.; Degenszajn, R.D. & Kupfer, M.C.M. (2009). O desenvolvimento psíquico da criança. In: Escobar, A.M.U.; Valente, M.H. & Grisi, S.J.F.E. (Org). *A promoção da saúde na infância*. Barueri, São Paulo: Manole, pp. 93-105.
- Porge, E. (2009). *Transmitir a clínica psicanalítica – Freud, Lacan, hoje*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Pina, J.C. (2007). *Acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia integrada às doenças prevalentes na infância*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Puccini, R.F.; Pedroso, G.C.; Silva, E.M.K; Araújo, N.S. & Silva, N.N. (2003). Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):35-45, jan-fev.
- Prefeitura Municipal de Embu das Artes. Recuperado em 05 de novembro de 2011, de www.embu.sp.gov.br/e-gov/cidade/index.php?ver=205.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Souza, G. C. (2007). *O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Teperman, D. W. (1996). Um bebê amorfo no colo de sua mãe. In: *Estilos da Clínica*, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. – Vol 1, n.1. Dossiê Clínica de Bebês. São Paulo, USP-IP.

- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp.
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Ver. Saúde Pública*; 39(3):507-14. Disponível em <www.fsp.usp.br/rsp>.
- Ventura, R.N.; Oliveira, E.M.; Silva, E.M.K.; Silva, N.N. & Puccini, R.F. (2008). Condições de vida e mortalidade infantil no município do Embu, São Paulo. *Rev Paul Pediatr*; 26(3):251-7.
- Viana, A.L.D. & Dal Poz, M.R. (1998). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *PHYSIS: Rev.Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (2): 11-48.
- Vidal, S.A. et. al. (2003). Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 3 (2): 205-213, abr. / jun.
- Voltolini, R. (2011). *Educação e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no Desenvolvimento Infantil. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2006) *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho publicado em 1987).
- Wanderley, D. B; Weise, E.B.P & Brant, J.A.C. (2008). O que há de avaliável no desenvolvimento infantil? Exame e discussão das escalas de avaliação d desenvolvimento infantil mais usadas no Brasil. In Lerner, R. & Kupfer, M.C.M. (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta.

Anexos

ANEXO A

IRDI COM EIXOS TEÓRICOS CORRESPONDENTES

0 a 4 meses incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	SS
	3. A criança reage ao manhês.	ED
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	PA
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 a 8 meses incompletos:	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	SS/ED /PA
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/FP
8 a 12 meses incompletos:	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	ED
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
	19. A criança possui objetos prediletos.	ED
	20. A criança faz gracinhas.	ED
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	ED
	22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
12 a 18	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP

meses incomple- -tos	26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	SS/FP
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	FP
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	FP
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	FP
SS = Suposição de sujeito ED= Estabelecimento da demanda PA= Alternância Presença/Ausência FP=Função Paterna		

Fonte: Adaptada de Kupfer, M.C.M; Jerusalinsky, A.N; Bernardino, L.M.F; Wanderley, D.B; Rocha, P.S.B; Molina, S.E; Sales, L.M; Stellan, R.; Pesaro, M.E & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat.Amer. Journal of Fund. Psycopath. Online*, 6(1), 48-68

PROTOCOLO IRDI – 1ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

UBS: _____ Nº do prontuário: _____

Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 0 a 3 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.		
2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).		
3- A criança reage ao mamanhês.		
4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		
5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		

PROTOCOLO IRDI – 2ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

UBS: _____ Nº do prontuário: _____

Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro () : _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 4 a 7 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
6- A criança começa a diferenciar o dia da noite.		
7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		
8- A criança solicita a mãe ou cuidador e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		
9- A mãe ou cuidador fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.		
10- A criança reage (olhando, prestando atenção, sorrindo ou balbuciando) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.		
11- A criança procura ativamente o olhar da mãe ou cuidador.		
12- A mãe ou cuidador dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.		
13- A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.		

PROTOCOLO IRDI – 3ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

UBS: _____ Nº do prontuário: _____

Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 8 a 11 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
14 -A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.		
15 -Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.		
16 -A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.		
17 -Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.		
18 -A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.		
19 -A criança possui objetos prediletos.		
20 -A criança faz gracinhas.		
21 -A criança busca o olhar de aprovação do adulto.		
22 - A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.		
QDC 3- A criança pega um objeto ou brinquedo que lhe é estendido.		
QDC 6- A gestualidade e as reações posturais da criança parecem adequadas.		

PROTOCOLO IRDI – 4ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

UBS: _____ Nº do prontuário: _____

Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 12 a 17 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
23- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.		
24- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.		
25- A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.		
26- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.		
27- A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.		
28- A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.		
29- A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.		
30- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.		
31- A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.		

Apêndices

APÊNDICE A

APOSTILA

Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil - IRDI

Os bebês nascem com capacidades que os levam a se relacionar com as pessoas que cuidam deles. A partir das interações que vivem com seus cuidadores, eles se desenvolvem transformando tais capacidades iniciais e também construindo novas. São sinais de bom desenvolvimento que os itens do IRDI mostram.

Quando o bebê ou os cuidadores (pais, parentes ou outros) não apresentam algum item do IRDI, temos motivos para ficar atentos. Isso pode ser um sinal de que o desenvolvimento do bebê está em risco.

Os itens do IRDI servem para ser aplicados até a idade de dezoito meses do bebê e estão direcionados para as experiências de interação dele com seus cuidadores.

O IRDI e a apostila de capacitação na qual o presente material se baseou foram construídos pelo Grupo Nacional da Pesquisa Multicêntrica¹¹ com apoio do CNPq, do Ministério da Saúde e da FAPESP.

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO IRDI

A) Com quem aplicar o IRDI:

Para usar o IRDI, você vai conversar com o a pessoa que cuida do bebê, mãe, pai, parente ou outro. É importante que o bebê e pelo menos um cuidador compareçam para você observar algumas situações que ocorrem entre os dois.

B) Como preencher as duas páginas do protocolo:

1. O protocolo tem duas páginas: uma é a **folha de rosto** e outra é a **ficha de aplicação**. A **ficha de aplicação** será recolhida periodicamente e substituída por outra em branco a ser preenchida no encontro seguinte. A **folha de rosto** permanecerá no prontuário da criança, na unidade de atendimento.
2. Preencha a **folha de rosto** com todos os dados na primeira aplicação de cada bebê. Anote também a data do encontro em que foi feita a aplicação. Nas outras vezes em que aplicar o IRDI no mesmo bebê, anote nesta folha apenas a data de cada nova aplicação.
3. Antes do encontro, leia os itens do IRDI referentes à faixa etária do bebê que estão na **ficha de aplicação**. Anote no cabeçalho as informações pedidas. As anotações nesta ficha devem ser realizadas durante ou logo após o encontro.

C) Durante a aplicação:

¹¹ Grupo de especialistas convidados pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do IPUSP, para construir os indicadores e conduzir a pesquisa nos múltiplos centros de saúde: Profa. Dra. Leda M. Fischer Bernardino, da PUC-Curitiba; Paula Rocha e Elizabeth Cavalcante, do CPPL – Recife; Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e M. Cecília Casagrande, de São Paulo; Daniele Wanderley, de Salvador; Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará; Profa. Regina M. R. Stellan, da UNIFOR – Fortaleza; Flávia Dutra, de Brasília; Dr. Octavio Souza, do Rio de Janeiro; Silvia Molina, de Porto Alegre; sob coordenação técnica de M. Eugênia Pesaro, coordenação científica do Dr. Alfredo Jerusalinsky e coordenação nacional da Profa. Dra. Maria Cristina M. Kupfer.

1. Quando necessário, podem ser utilizados brinquedos ou objetos disponíveis ou trazidos pelo cuidador: caneta, fita métrica, chaves, espátula de madeira, folha, caneta, etc.
2. Em alguns itens, você deverá observar mais o cuidador do que o bebê e em outros, o contrário. Existem itens em que você deverá observar os dois ao mesmo tempo. Quando for necessário perguntar algo, não comece perguntando diretamente, mas solicitando que o cuidador fale sobre as situações envolvendo o assunto do item. Isso vai ficar claro nos exemplos específicos de alguns itens.
3. A cada vez que usar o IRDI, você deverá preencher todo cabeçalho da ficha e escrever o resultado da aplicação da seguinte maneira: se você tiver observado aquilo que o item descreve, escreva **P**, de “Presente”. Se a situação do encontro não permitir que você saiba se o que o item descreve acontece ou não, escreva **NV**, de “Não verificado” (por exemplo, quem trouxe o bebê não sabe se ele dorme de noite e fica acordado de dia, item 6). Se você tiver observado que aquilo que o item descreve não ocorre, escreva **A**, de “Ausente”. Se tiver escrito **A** ou **NV**, anote um breve comentário.
4. O espaço livre na coluna “Observações” ao lado de cada indicador pode ser utilizado para anotação do que o pesquisador considera importante. O preenchimento da coluna não é obrigatório, a menos que um indicador tenha sido considerado não verificado ou ausente.

Exemplo:

Indicadores de 0 a 3 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	P	
2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).	A	A mãe nunca fala com o bebê de maneira especialmente carinhosa.
3- A criança reage ao mamamhês.	P	
4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	P	
5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	A	O bebê não olhou pra a mãe em nenhum momento.

Legenda: P = Presente; A = Ausente; NV = Não verificado

D) Itens a serem observados:

Período: de 0 a 3 meses e 29 dias

- 1 – Item 1: Quando o bebê chora ou grita, a mãe sabe o que ele quer.** Quando o bebê chora, faz balbucios ou outros sons, pode acontecer de a mãe não fazer nada (então você pergunta se ela sempre fica quieta daquela maneira quando o bebê faz aquilo. Se a mãe disser que sempre fica quieta, você marca AUSENTE) ou a mãe pode responder ao bebê de algumas formas: “O que foi? O que você quer? Você está com fome? A fralda tá machucando? Tá de cocô?” Com isso, a mãe imagina o que o bebê

está precisando e pode oferecer o seio, a chupeta, o paninho, ou até ajeitar o bebê no colo de maneira diferente, etc. Nesse caso, você marca PRESENTE.

2 – Item 2: A mãe fala com o bebê num estilo particularmente dirigido a ele (mamanhês).

Geralmente falamos com os bebês de um jeito diferente de como falamos com os adultos. As mães, principalmente, usam um tom de voz infantil, o “mamanhês”. Usam frases curtas: “Ahhh cê tava nanando?”, repetem as sílabas, como: papá, nenê, mamá, babá, naná, etc... e usam palavras no diminutivo com entonação exagerada: “Que bonitinho o nenezinho da mamãe!” Você deve verificar se a mãe fala dessa maneira com o bebê. Se isso ocorrer, você marca PRESENTE. Para estimular esse tipo de conversa, você também pode falar dessa forma com o bebê, para diminuir o clima de formalidade que às vezes tem na consulta. Se achar melhor, pergunte como a mãe conversa com o bebê e peça para que ela mostre.

3 – Item 3: O bebê reage ao mamanhês.

A cada vez que a mãe falar com o bebê em “mamanhês”, veja a reação dele e marque PRESENTE se ela existir. Preste atenção se o bebê estava olhando para outro lugar e passou a olhar a mãe, observe os movimentos corporais, sorrisos, tentativa de resposta e sons do bebê quando a mãe falar com ele dessa forma. Se o bebê não reagir ao “mamanhês”, marque AUSENTE.

4 – Item 4: A mãe propõe algo ao bebê e aguarda a sua reação.

Verifique se, após atender a alguma solicitação do bebê, a mãe “dá um tempo” para que ele responda, mostrando se ficou ou não satisfeito. Veja se há pausas entre as ações de cada um. Por exemplo, após algum movimento, como choro ou vocalizações do bebê, a mãe muda a posição dele no colo, oferece a chupeta, o peito, a mamadeira ou um brinquedo, e espera a reação dele.

5 – Item 5: Há trocas de olhares entre o bebê e a mãe.

Observe se a mãe e o bebê se olham. Ou então, se durante momentos como alimentação, troca de fralda, diálogo entre mãe e bebê, um procura pelo olhar do outro, realizando trocas de olhares. Marque PRESENTE se houver trocas e olhares e AUSENTE em caso negativo.

Período: de 4 a 7 meses e 29 dias

6 – A criança começa a diferenciar o dia da noite.

Este item verifica se o bebê está começando a definir ritmos em seus hábitos de sono. É importante saber se o bebê fica a maior parte do dia acordado e se dorme durante a noite. Pode surgir no relato espontâneo da mãe ou pode ser perguntado a ela. Exemplo: “Em que horários seu bebê dorme?”; “Seu bebê dorme a noite toda?”; “Como é o sono dele durante o dia?” Marque PRESENTE se o bebê dorme a maior parte da noite e fica acordado na maior parte do dia ou marque AUSENTE caso contrário.

7 – A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.

Observe se o bebê é capaz de diferenciar objetos, pessoas ou situações, manifestando-se de maneira distinta para cada uma delas. Em geral, os bebês se expressam por meio de sílabas ou gestos diversos. Exemplo: Ao pedir água, o bebê diz “GA-GA” ou aponta para a mamadeira, ao passo que para solicitar a mãe, fala “MA-MA” ou tenta suspender o corpo para ganhar colo.

8 – A criança solicita a mãe ou cuidador e faz um intervalo para aguardar sua resposta.

É importante ficar atento se ao chamar a mãe, chorando, emitindo sons ou gesticulando, o bebê dá um tempo para que ela responda. Esse intervalo no chamado demonstra que ele está seguro de que a mãe irá responder. Se a solicitação do bebê inclui pausas ou alterações em sua intensidade, marque PRESENTE. Se for contínua, sem pausas, marque AUSENTE.

9 – A mãe ou cuidador fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.

Observe se a mãe se dirige à criança falando, perguntando, contando o que está acontecendo, dizendo algo para acalmá-la ou chamando a sua atenção. Por exemplo: “Você está ficando muito levado, né?; “O que o nenê quer?; “Vamos, Paulo. A consulta já acabou”.

10 – A criança reage (olhando, prestando atenção, sorrindo ou balbuciando) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.

Preste atenção às reações do bebê quando a mãe ou outras pessoas se dirigem a ele. Geralmente, o bebê responde com olhares, vocalizações, sorrisos ou outras manifestações. Se essas reações ocorrerem, marque PRESENTE. Do contrário, marque AUSENTE.

11 – A criança procura ativamente o olhar da mãe ou cuidador.

É importante prestar atenção se o bebê busca o olhar da mãe em diferentes situações, como ao sorrir, vocalizar ou quando explora o ambiente ao seu redor. A busca deste olhar é a tentativa do bebê se certificar da presença do cuidador.

12 – A mãe ou cuidador dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.

Verifique se a mãe dá atenção aos interesses do bebê e se, ao perceber a intenção dele em fazer algo que não consegue sozinho, ela o ajuda sem fazer por ele. Exemplos: se o bebê está sentado e balança seu corpo demonstrando querer se levantar, a mãe o segura, dando-o apoio para que fique em pé; se ele quer pegar alguma coisa fora do seu alcance, ela aproxima o objeto dele, mas deixa que ele pegue sozinho. Caso a mãe ajude o bebê, marque PRESENTE. Marque AUSENTE se a mãe não o ajuda ou se faz por ele sem que ele precise fazer qualquer esforço para ter o que deseja.

13 – A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

Observe se o bebê é ativo, movimentando-se e explorando o lugar onde está. Verifique se o bebê faz esforço além da ajuda que recebe da mãe ou de outra pessoa. Por exemplo, o bebê quer descer do colo e a mãe lhe dá sustentação para favorecer seu equilíbrio e mudança postural. Nesse caso, ele está realizando seu objetivo e a mãe, agindo como facilitadora. Caso este item não apareça espontaneamente, você pode estimular o interesse do bebê por determinado objeto, fazendo barulho com chaves ou balançando uma caneta e colocando tais objetos ao alcance dele, motivando uma resposta ativa. Marque PRESENTE se isso ocorrer. Se o bebê ficar passivo, apenas à espera da reação do cuidador, marque AUSENTE.

Período: 8 a 11 meses e 29 dias

14 – A mãe (ou outro cuidador) percebe quando a criança está querendo chamar sua atenção.

Às vezes a criança está chorando, gritando, birrenta, demonstrando estar querendo alguma coisa (mamar, papinha, água), mas na verdade o que ela quer é a atenção e o carinho da mãe. Repare se a mãe consegue perceber isso. Exemplo: A mãe sabe que às vezes a criança chora quando pára de mamar porque ela quer continuar no colo, e não apenas por fome? Se sim, marque PRESENTE. Isso indica que a criança não faz

pedidos apenas para satisfazer suas necessidades físicas e que o cuidador está atento a isso.

15 – Durante a troca de fraldas, a alimentação, banho e outros cuidados com o corpo, a criança brinca com a mãe (ou outro cuidador) e demonstra carinho por ela.

Verifique se há jogos e brincadeiras quando a mãe veste ou tira a roupa da criança. Como a criança reage no banho? Ela levanta os pés ou estende as mãos para a mãe beijar? A mãe diz que a criança é cheirosa, gostosa, e ela gosta? Se houver demonstrações de carinho, marque PRESENTE.

16 – A criança demonstra quando gosta ou não de alguma coisa.

É fácil perceber quando a criança gosta de alguma coisa e quando ela não gosta? Observe se ela é capaz de manifestar prazer (aceitação) e desprazer (rejeição) em situações do dia-a-dia dela. A criança pode expressar seus gostos de diversas maneiras: chorando, fazendo birra, sorrindo, batendo palmas, querendo pegar um objeto. Caso não consiga observar o item, pergunte à mãe ou cuidador.

17 – Mãe e criança possuem uma linguagem que faz parte da rotina e da intimidade delas.

Nesse período é esperado que mãe e criança se entendam por meio de uma linguagem construída no dia-a-dia dos cuidados. Observe ou pergunte se mãe e criança conseguem se comunicar de uma maneira própria, se têm palavras comuns, se reagem à fala e aos gestos uma da outra, reconhecendo-se. Por exemplo, a criança utiliza “meias palavras” com a mãe, para se fazer entender, como “none” para Danone, “apo” para água, “dodói” ou “tatai” para papai. Também é possível verificar essa forma de comunicação entre a mãe e a criança por meio de gestos compartilhados. A mãe pode entregar uma colher à criança para que ela espere um pouco enquanto prepara a comida. A criança entende esse gesto e se acalma, demonstrando que houve uma comunicação entre elas. Caso esse tipo de entendimento entre criança e cuidador ocorra, marque PRESENTE.

18 – A criança estranha pessoas que ela não conhece.

Procure observar se a criança chora, vira a cabeça, fica tímida, tenta se esconder quando alguém que ela não conhece se aproxima. Se não conseguir observar essas reações, pergunte a mãe ou cuidador como a criança costuma agir na presença de pessoas estranhas e em ambientes que ela não conhece.

19 – A criança possui objetos preferidos (paninho, ursinho).

Observe ou pergunte ao cuidador se a criança costuma carregar algum brinquedo preferido; se tem um ursinho de pelúcia, “paninho” ou outro objeto que ela goste de segurar, especialmente quando vai dormir ou quando está sem a mãe. Anote PRESENTE se a criança tem um objeto preferido.

20 – A criança faz gracinhas (caretas, biquinho, pisca, bate palminhas) para chamar a atenção.

Verifique se a criança faz “gracinhas” (tais como franzir o nariz, piscar, fazer biquinho, bater palminhas, entre outras), buscando ser olhada e, assim, chamando a atenção dos outros. Quando está presente, este item demonstra que a criança está brincando, se exibindo e interagindo com quem cuida dela. Caso isso não ocorra espontaneamente, você pode tentar provocar a criança fazendo tais gestos, para ver se ela imita.

21 – A criança busca o olhar de aprovação do adulto.

Observe se a criança olha para a mãe buscando sua aprovação quando está em uma situação nova, quando quer algo ou quer saber se pode ou não pode realizar uma ação. Exemplo: em uma avaliação, a criança se estende para pegar a fita métrica que

está em cima da mesa ao mesmo tempo em que olha para a mãe, pedindo a confirmação dela. Ou então, em casa, a criança ameaça colocar a mão na tomada, mas antes disso olha para a mãe ou cuidador. Se a criança age dessa maneira, marque PRESENTE.

22 – A criança aceita os alimentos picados ou inteiros (frutas, pedacinhos de carne, batata e outros) e não apenas os líquidos e papinhas.

Como é a alimentação da criança? Ela aceitou bem ou está aceitando a passagem do aleitamento materno para a inclusão de alimentos variados? Observar ou perguntar sobre o preparo da refeição e como é dado à criança. Checar se usa liquidificador ou não. Perguntar que tipo de alimento é dado e se é líquido ou em pedaços. Caso esteja comendo frutas, pedacinhos de carne, batata ou outros alimentos, marque PRESENTE. Se toma apenas leite, sopa ou alimentos batidos, marque AUSENTE.

QDC 3 – A criança pega um objeto ou brinquedo da mão da pessoa que lhe oferece.

A criança fica interessada quando alguém apresenta um objeto a ela? Ela tenta pegá-lo diretamente da mão dessa pessoa? Ofereça um objeto que a criança ainda não conhece tão bem (caneta, chave, palito) e observe se ela pega ou não. Caso ela não pegue, marque AUSENTE.

QDC 6 – A postura e os gestos da criança parecem adequados (ela consegue sustentar o corpo sem ficar dura demais).

Observe como a criança anda, senta ou engatinha e como ela se acomoda no colo da mãe. Ela fica mole ou dura demais? Para verificar o item, você pode pegar a criança no colo ou colocá-la em pé, apoiada em uma cadeira, para ver como ela se sustenta. Se a criança demonstra ter postura e gestos adequados, marque PRESENTE. Se você perceber alguma dificuldade como rigidez ou o corpo muito mole, marque AUSENTE.

Período: 12 a 17 meses e 29 dias

23 – A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.

Este indicador busca saber se a mãe realiza outras atividades além de cuidar do bebê. Se ela consegue se organizar para cuidar do bebê, cuidar da casa, dar atenção ao parceiro, estudar, trabalhar, etc., marque PRESENTE. Se a mãe só se ocupa de cuidar da criança, marque AUSENTE.

24 – A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.

Pergunte para a mãe como a criança reage quando fica longe dela por pouco tempo: chora ou fica tranquila? É importante investigar, também, a reação da criança quando a mãe se ausenta por períodos mais longos: ela não percebe essa ausência ou reclama ao sentir a falta da mãe? Se a criança fica tranquila nas ausências curtas, mas sente as prolongadas, marque PRESENTE. Se a criança não aguenta as curtas ou fica indiferente às longas, marque AUSENTE.

25 – A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.

Esse indicador investiga se a criança é repreendida quando quer ficar tocando o corpo da mãe (pondo a mão dentro de sua blusa, pegando seu cabelo repetidas vezes, agarrando sua perna, passando a mão na sua barriga, etc). Se a mãe demonstra

desagrado e propõe alguma alternativa, como oferecer objetos de interesse da criança (seus brincos, colar, pulseira, relógio), marque PRESENTE. Se a mãe deixa a criança ficar pegando partes do seu corpo (da mãe) sem colocar limites, marque AUSENTE.

26 – A mãe não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.

Observe se a mãe percebe e entende os pedidos da criança, sem se sentir obrigada a fazer todas as suas vontades. Quando a mãe impõe limites à criança, ela pode ter reações de confronto, como mexer em objetos de outras pessoas, em objetos perigosos ou que quebrem com facilidade. Se a mãe consegue sustentar a proibição, dizendo: “não faça isso”, “aí não pode”, “isso não é seu”, marque PRESENTE. Se a mãe sente que precisa fazer tudo o que a criança pede, marque AUSENTE.

27 – A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.

Se a criança está atenta a situações e objetos de interesse da mãe, acompanhando quando ela está falando com alguém, quando mexe em sua bolsa, quando está fazendo os serviços de casa, querendo participar, marque PRESENTE. Se a criança não demonstra envolvimento com os interesses da mãe, marque AUSENTE.

28 – A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.

Pergunte à mãe se a criança se interessa pelos objetos da casa, como chaves, roupas, sapatos, telefone, panelas, etc. Se a criança não se satisfaz apenas com brinquedos, pois já reconhece quais são os objetos que despertam o interesse dos adultos e passa a querer o que os outros querem, marque PRESENTE. Se ela não liga para os objetos dos pais, marque AUSENTE.

29 – A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.

Como a criança age quando quer alguma coisa? Ela chora, aponta ou grita; ou utiliza a fala? Se a mãe a incentiva a dizer o que está querendo, marque PRESENTE. Se a mãe vai logo “adivinhandando” o que ela quer, ou se oferece objetos sem pedir que a criança fale, marque AUSENTE. Caso não apareça espontaneamente, isto pode ser perguntado.

30 – Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Nessa fase, é esperado que apareçam ordens simples e proibições dirigidas à criança. Se os pais começam a dizer como ela deve se comportar em algumas situações, marque PRESENTE. Se a criança pode fazer tudo o que quer e os pais permitem, marque AUSENTE.

31 – A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.

Se a criança se interessou por algum objeto de outra pessoa, pode ser perguntado a ela: “de quem é?” - e observar a resposta. Se a criança entrega os objetos aos seus donos (mãe, pai, profissional de saúde) ou se diz de quem é, apontando ou olhando para a pessoa (papá, mamã, nenê), marque PRESENTE. Se ela demonstra não saber de quem são os objetos, marque AUSENTE. Esse indicador também pode ser obtido em conversa com os pais.

APÊNDICE B – FICHAS DE ACOMPANHAMENTO DO CURSO

FICHA 1

PRIMEIRA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO IRDI

Nome:	Data de nascimento: ____/____/____	Sexo:
Endereço:		Telefone:
Até que ano você estudou? Por exemplo: segundo ano do primário; terceiro ano do ginásio; segundo ano colegial; ensino superior completo:		Profissão:
Instituição:	Cargo:	
Há quanto tempo trabalha com bebês?		
Já utilizou algum instrumento ou material de apoio para avaliação de bebês? () Sim () Não	Quais?	

Responda brevemente à seguinte questão:

Ao avaliar um bebê de até quatro meses, o que se deve buscar saber? Como isso pode ser feito?

PRIMEIRA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PARA
UTILIZAÇÃO DO IRDI

Nome:	Data de nascimento:	Sexo:
	____/____/____	

Responda cada questão abaixo, assinalando apenas uma das opções de acordo com o seguinte:

- 1. Concordo fortemente**
- 2. Concordo**
- 3. Discordo**
- 4. Discordo fortemente**

a. No meu trabalho, quando estou com um bebê, levo em conta como ele interage com as pessoas ao seu redor.

1. Concordo fortemente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo fortemente

b. Se o bebê quase nunca tenta olhar para a mãe, mesmo se ela chamar sua atenção, ele pode estar com alguma dificuldade de desenvolvimento.

1. Concordo fortemente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo fortemente

c. É fundamental para o desenvolvimento do bebê que a mãe o ajude tentando entender o que ele quer quando chora ou grita.

1. Concordo fortemente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo fortemente

d. Para o desenvolvimento do bebê, tanto faz se a mãe fala com ele de maneira especialmente carinhosa ou não.

1. Concordo fortemente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo fortemente

e. A saúde orgânica do bebê é suficiente para seu desenvolvimento como ser humano.

1. Concordo fortemente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo fortemente

SEGUNDA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PARA
UTILIZAÇÃO DO IRDI

Responda as seguintes questões, assinalando apenas uma das opções abaixo:

- 5. Concordo fortemente**
- 6. Concordo**
- 7. Discordo**
- 8. Discordo fortemente**

A. Ao acompanhar o desenvolvimento de um bebê, observo se a mãe ou cuidador fala com ele, perguntando ou contando o que está acontecendo, bem como as reações do bebê a essa conversa.

- 1. Concordo fortemente
- 2. Concordo
- 3. Discordo
- 4. Discordo fortemente

B. Para o desenvolvimento do bebê, tanto faz se a mãe fala com ele de maneira especialmente carinhosa ou não.

- 1. Concordo fortemente
- 2. Concordo
- 3. Discordo
- 4. Discordo fortemente

C. Em relação ao desenvolvimento de um bebê de até oito meses, não importa se ele dorme mais de dia do que de noite.

- 1. Concordo fortemente
- 2. Concordo
- 3. Discordo
- 4. Discordo fortemente

D. É importante prestar atenção se o bebê é ativo, pedindo ajuda da mãe ou de outra pessoa quando precisa e se, ao chorar, gritar ou resmungar, aguarda um pouco pela resposta de quem ele chamou.

- 1. Concordo fortemente
- 2. Concordo
- 3. Discordo
- 4. Discordo fortemente

E. É um sinal de bom desenvolvimento quando o bebê utiliza vocalizações ou gestos diversos para se expressar em diferentes ocasiões.

- 5. Concordo fortemente
- 6. Concordo
- 7. Discordo
- 8. Discordo fortemente

FICHA 3

TERCEIRA FICHA DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO IRDI

Caro profissional de saúde, favor preencher essa ficha de avaliação do curso de formação do IRDI, mesmo que você não esteja mais participando da proposta. Caso não vá ao terceiro encontro do curso no dia 05/08/11, entregue a um colega que irá participar da próxima etapa. Agradecemos sua colaboração.

Nome:	
UBS: () Cruz de Malta () CS.II - Centro () Dom José () Independência () Itatuba () N. Sra. De Fátima () Pinheirinho () Ressaca () Santa Emília () Santa Tereza () Santo Eduardo () São Luiz () São Marcos () São Tomé () Vista Alegre () _____) Outro: _____	Cargo: () Agente Comunitário de Saúde () Auxiliar de Enfermagem () Enfermeiro(a) () _____) Outro: _____

1. Você está participando do curso de formação para utilização do protocolo IRDI – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil?

() **Sim**

() **Não**

Se **não** está participando, por quê?

2. Lembrando que a aplicação do IRDI não é obrigatória, você está aplicando o protocolo?

☐ **Sim**

☐ **Não**

Assinale com um **X** as afirmações abaixo para justificar sua resposta (marque quantos itens quiser).

Sim , estou aplicando porque:	Não estou aplicando porque:
☐ Me sinto obrigado.	☐ A proposta não me interessa.
☐ Acho que posso contribuir com a detecção de problemas graves na infância.	☐ Acho que a avaliação de bebês não faz parte do meu trabalho; é tarefa de outro profissional.
☐ Quero aprender mais sobre o assunto.	☐ Tenho receio de perceber algo errado com o bebê e não saber o que fazer.
☐ Acho que faz parte da minha função.	☐ Não tenho tempo.
☐ Outros:	☐ Outros:

3. Em relação à aplicação do IRDI, assinale com um **X** o grau de dificuldade que você tem ou teve em cada um dos aspectos abaixo.

Aspectos	Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Média Dificuldade	Muita Dificuldade
Entendimento das instruções dadas no curso.				
Entendimento dos itens do protocolo.				
Conciliar a aplicação do protocolo e o trabalho na unidade.				
Ter apoio de superiores e outros funcionários.				
Falar da proposta com as mães ou cuidadores.				
Acompanhar as famílias e os bebês durante o processo de aplicação (18 meses).				
Outros:				

4. Este curso influenciou ou tem influenciado o seu trabalho? Como?

5. Quais os itens do IRDI você se lembra de cabeça?

6. Considerando a saúde do bebê, assinale o grau de importância que você dá para cada um dos itens abaixo, marcando um **X** em uma das colunas vazias. Na última coluna, assinale **SIM** ou **NÃO** se você verifica este item na sua prática, por meio de observação ou perguntas.

ITENS	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Costuma verificar o item?
1- A mãe (ou outro cuidador) percebe quando a criança faz manha.					() Sim () Não
2- Durante a troca de fraldas, a alimentação, banho e outros cuidados com o corpo, a criança brinca com a mãe (ou outro cuidador) e demonstra carinho por ela.					() Sim () Não
3-A criança demonstra quando gosta ou não de alguma coisa.					() Sim () Não
4-Mãe e criança possuem uma linguagem só delas.					() Sim () Não

ITENS	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Costuma verificar o item?
5-A criança estranha pessoas que ela não conhece.					() Sim () Não
6-A criança possui objetos prediletos (paninho, ursinho).					() Sim () Não
7-A criança faz gracinhas (caretas, biquinho, pisca, bate palminhas, diz "oi", dá tchau) para chamar a atenção do cuidador.					() Sim () Não
8-A criança busca o olhar de aprovação do adulto.					() Sim () Não
9-A criança aceita os alimentos picados ou inteiros (frutas, pedacinhos de carne, batata e outros) e não apenas os líquidos e papinhas.					() Sim () Não
10-A criança pega um objeto ou brinquedo da mão da pessoa que lhe oferece.					() Sim () Não
11- A postura e os gestos da criança parecem adequados (ela não fica muito mole, nem muito dura no colo da mãe).					() Sim () Não

*Favor entregar essa ficha no próximo encontro de formação do IRDI que será no **Auditório do Colégio Valdelice, no dia 05/08/11, das 8h às 12h.***

Muito Obrigado!

QUARTA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PARA
UTILIZAÇÃO DO IRDI

2) Após este último encontro de formação e das monitorias da quarta faixa, você pretende continuar a utilizar o IRDI em sua prática?

() Sim () Não

Justifique: por que sim ou por que não?

3) O que influencia você (favorece ou dificulta) na utilização do protocolo IRDI?

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Detecção precoce de riscos para transtornos do espectro de autismo com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e intervenção precoce: capacitação de enfermeiros para o trabalho em unidades básicas de saúde.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Rogério Lerner (IPUSP)

Pesquisadoras que realizarão esta etapa da pesquisa: Andrea Bianchini Tocchio (IPUSP) e Ana Silvia Morais (IPUSP).

Esta pesquisa acompanhará seu trabalho na avaliação da relação entre bebês e pais durante encontros de puericultura. Aprofundando o conhecimento sobre a formação de pessoas envolvidas no acompanhamento de bebês e seus pais, pode-se divulgar tal conhecimento para beneficiar mais pessoas e, assim, um número maior de bebês e pais. Para isso, propomos um curso de difusão gratuito no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) sobre Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Sua colaboração será de grande auxílio para nós. Ela não envolve nenhum risco para os envolvidos. É necessário que participe de quatro encontros de quatro horas cada durante o ano de 2011, preencha as fichas de acompanhamento do curso, aplique o protocolo IRDI e discuta os casos com o pesquisador que estará à disposição semanalmente nos locais de aplicação. Garantimos que todos os dados serão mantidos em sigilo e somente servirão para este estudo. Os resultados da pesquisa serão apresentados em publicações e eventos científicos sem identificação dos participantes. Você tem total liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem sofrer qualquer dano ou prejuízo por parte dos pesquisadores ou dos serviços de saúde. Desde já, colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Para isso, pode utilizar o telefone (11) 3091-4185, procurando pelo pesquisador responsável, Prof. Dr. Rogério Lerner.

Eu, _____, declaro ter entendido o que me foi explicado e consinto em participar da presente pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
Prof. Dr. Rogério Lerner (IPUSP)

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Para maiores esclarecimentos, procurar pelo Prof. Dr. Rogério Lerner (Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco A, sala 158, Cidade Universitária – São Paulo, SP– fone (11) 3091-4185).

Nome do participante:

RG: _____

Data de nascimento: _____

Endereço:

CEP: _____

Telefones: (____) _____; (____) _____