





Servicios Personalizados

Revista

-  [SciELO Analytics](#)
-  [Google Scholar H5M5 \(2016\)](#)

Artículo

-  [Artículo en XML](#)
-  [Referencias del artículo](#)
-  [Como citar este artículo](#)
-  [SciELO Analytics](#)
-  [Curriculum ScienTI](#)
-  [Traducción automática](#)

Indicadores

Links relacionados

Compartir

-  [Otros](#)
- [Otros](#)

-
-  [Permalink](#)

[Revista chilena de pediatría](#)

versión impresa ISSN 0370-4106

Rev. chil. pediatr. v.73 n.5 Santiago sep. 2002

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000500016>

Esta sección contiene los artículos originales de las Revistas de Pediatría de las Sociedades de Pediatría del Cono Sur seleccionados en el VI Encuentro de Editores La Paz, Bolivia 2001 para ser publicados por los países integrantes durante el año 2002.

Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida

Ricardo Halpern¹, Elsa R. J. Giugliani², Cesar G. Victora³,
Fernando C. Barros⁴, Bernardo L. Horta⁵

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses nas crianças nascidas em Pelotas, RS, em 1993, e seus possíveis determinantes. *Métodos:* Uma amostra de 20% (1 363 crianças) de uma coorte de crianças nascidas nos hospitais de Pelotas, RS, durante o ano de 1993, foi avaliada aos 12 meses quanto ao desenvolvimento neuro-psicomotor, através da aplicação do teste de Denver II. As crianças que tiveram dois ou mais itens de falha no teste foram consideradas suspeitas de apresentarem atraso no desenvolvimento. As variáveis independentes escolhidas pertenciam a diferentes níveis de determinação de atraso, conforme modelo teórico hierarquizado (socioeco-nômico, reprodutivo e ambiental, condições ao nascer, atenção à criança, nutrição e morbidade). A análise foi realizada utilizando-se o X² de Mantel-Haenszel e técnica multivariada através de regressão logística, com o objetivo de controlar possíveis fatores de confusão. *Resultados:* Das 1 363 crianças avaliadas aos 12 meses, 463 (34%) apresentaram teste de Denver II suspeito de atraso no desenvolvimento. Na análise multivariada, após controle de variáveis de confusão, verificou-se que as crianças que tinham maior risco de suspeita de atraso em seu desenvolvimento foram: as mais pobres (OR = 1,5), as que haviam nascido com mais baixo peso (OR = 4,0), as que apresentaram idade gestacional menor do que 37 semanas (OR = 1,6), as que tinham mais de três irmãos (OR = 1,9) e as que haviam recebido leite materno por menos de três meses (OR = 1,6) ou não haviam sido amamentadas (OR = 1,9). As crianças que apresentaram um índice peso/idade aos seis meses menor ou igual a "2 desvios-padrão da referência tiveram um risco dez vezes maior de suspeita de atraso no desenvolvimento. *Conclusões:* Este estudo reforça a característica multifatorial do desenvolvimento e o conceito de efeito cumulativo de risco. Na população estudada, a parcela mais desfavorecida acumula os fatores (sociais,

econômicos e biológicos) que determinam uma maior chance de atraso no desenvolvimento das crianças.

(**Palabras clave:** desenvolvimento infantil, fatores de risco, teste de triagem de Denver II, modelo).

Artículo publicado originalmente en: *Jornal Pediatría (Rio J.)* 2000; 76: 421-8.

Risk factors for suspicion of developmental delays at 12 months of age

Objective: To investigate the prevalence of positive screening test for developmental delays in a cohort of children born in Pelotas, Brazil in 1993, and their risk factors.

Methodology: A sample of 20% (1 363 children) of a cohort of children born in Pelotas, Brazil, was studied at 12 months of age regarding their development. The Denver II Test was used. The children who failed in two or more items of the test were suspected of having development delay. A set of independent variables was chosen taking into account the hierarchical relations between risk factors according to the conceptual framework (socioeconomic, reproductive and environmental, birth conditions, children's care, nutrition and morbidity). Analyses were performed using Mantel-Haenszel X² and multivariate technique through conditional logistic regression, to control for possible confounding. *Results:* At 12 months of age, 34% (463) of the total of 1 363 children failed in the screening test. After adjusting for possible confounding variables, failure was associated with family lower income children (OR = 1,5), very low birth weight

(OR = 4,0), gestational age less than 37 weeks (OR = 1,6), more than three siblings (OR = 1,9), and duration of breastfeeding less than three months (OR = 1,6), or no breastfeeding (OR = 1,9). Children who presented weight/age at six months of age less or equal to "2 z score of the reference population presented a risk 10 times greater of having failure in the Denver II Test. *Conclusions:* This study reinforces the multiple etiology of development delays and the concept of cumulative risk effect. In this population those who are economically disadvantaged accumulate risk factors (social, economic and environmental) that may render to deficits in their development.

(**Key words:** Child development, risk factors, Denver II Test, hierarchical model).

INTRODUÇÃO

As crianças que vivem em países em desenvolvimento estão expostas a vários riscos, entre os quais o de apresentarem gestações desfavoráveis e/ou incompletas e o de viverem em condições socioeconômicas adversas^{1,2}. Tal cadeia de eventos negativos faz com que essas crianças tenham maior chance de apresentar atrasos em seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Por essa razão, o impacto de fatores biológicos, psicossociais (individuais e familiares) e ambientais no desenvolvimento infantil tem sido objeto de inúmeros estudos nas últimas décadas^{3,5}.

Historicamente, os estudos sobre desenvolvimento têm colocado as características biológicas da população infantil como determinante principal dos atrasos intelectuais da criança. Isso pode ser verdadeiro para crianças gravemente comprometidas⁶, mas não para a maioria das que apresentam um atraso moderado ou leve no seu desenvolvimento^{1,7,8}. Para uma melhor abordagem do desenvolvimento humano se faz necessária uma outra ótica, onde seja possível uma análise coletiva das variações do desenvolvimento, oferecendo uma perspectiva "ecológica" dos achados encontrados^{5,9}.

Sameroff e Chandler¹⁰ descreveram o "modelo transacional" de desenvolvimento, que relaciona entre si os efeitos da família, do meio ambiente e da sociedade sobre o desenvolvimento humano. Esse modelo considera o desenvolvimento como sendo único e peculiar, de tal forma que o resultado final seria o balanço entre os fatores de risco e os de proteção. Segundo esse modelo, problemas biológicos podem ser modificados por fatores ambientais, e determinadas situações de vulnerabilidade podem ter etiologia relacionada com fatores sociais e do meio ambiente¹¹.

Devido à importância e ao impacto dos atrasos no desenvolvimento no que se refere à morbidade infantil, é fundamental que se possa, o mais precocemente possível, identificar as crianças de maior risco, a fim de minimizar os efeitos negativos daí decorrentes. Existem evidências suficientes de que quanto mais precoces forem o diagnóstico de atraso no desenvolvimento e a intervenção, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança¹²⁻¹⁴.

Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses nas crianças nascidas em Pelotas, RS, em 1993, e seus possíveis determinantes.

METODOLOGIA

No ano de 1993, foram acompanhadas 5 304 crianças que nasceram nos hospitais de Pelotas e que residiam na zona urbana. Suas mães foram entrevistadas e as crianças acompanhadas durante o primeiro ano de vida, tendo sido estudados diversos aspectos relacionados à saúde infantil. Os resultados desses acompanhamentos estão descritos em publicação anterior¹⁵.

Para avaliar a suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças da coorte, 20% delas foram submetidas ao teste de triagem de Denver II¹⁶ adaptado para a Língua Portuguesa. As 1 363 crianças selecionadas para serem avaliadas aos 12 meses de vida foram sorteadas do banco de dados original coletado na primeira fase do estudo, durante as visitas às maternidades de Pelotas¹⁵.

O teste de Denver II foi escolhido por ser o mais utilizado pelos profissionais da área da saúde para triagem em populações assintomáticas¹⁷, e por permitir fácil treinamento e administração rápida (20 minutos). O teste, delineado para aplicação em crianças desde o nascimento até a idade de 6 anos, consiste em 125 itens, divididos em quatro grupos: a) pessoal/social- aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) motricidade fina- coordenação olho/mão, manipulação de pequenos objetos; c) linguagem-produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem; e d) motricidade ampla- controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados através da musculatura ampla. Esses itens são registrados através de observação direta da criança e, para alguns deles, solicitase que a mãe informe se o filho realiza ou não determinada tarefa. Foram considerados casos indicativos de suspeita de atraso aqueles em que a criança apresentou dois ou mais itens de atenção (a não realização da tarefa especificada quando 75% a 90% das crianças da faixa etária a realiza) e/ou dois ou mais itens de falha (não realização do item quando 90% ou mais das crianças da faixa etária o realiza), independente da área em que a falha ocorreu. Outra possibilidade de o teste ser considerado suspeito foi a combinação de um item de atenção somado a um item de falha¹⁶. Os entrevistadores eram universitários

dos cursos de medicina e psicologia; e foram treinados na administração do teste através de metodologia previamente estabelecida no respectivo manual de treinamento e não foram informados das hipóteses da investigação. Foi realizado um estudo piloto, que permitiu reproduzir as condições nas quais o estudo seria desenvolvido e fazer uma avaliação do treinamento dos entrevistadores. Além disso, durante o estudo, uma amostra aleatória de 5% dos casos foi revisitada, com a finalidade de verificar a veracidade das informações e os critérios utilizados na pontuação dos itens.

Como a amostra continha indivíduos nascidos pré-termo, a idade desse grupo foi ajustada, subtraindo-se da mesma o número de semanas que faltavam para a criança completar 37 semanas de gestação. Assim, a avaliação foi feita conforme a idade de desenvolvimento, impedindo uma superestimação das crianças com o teste de Denver II alterado.

A variável de desfecho suspeita de atraso foi tratada como variável dicotômica (Denver II, com suspeita de atraso ou normal). Para a análise dos dados, foi utilizado o método de regressão logística, cuja modelagem obedeceu um modelo hierárquico de determinação ([Figura 1](#)). Esse modelo permite que possamos quantificar a contribuição de cada nível hierárquico e evitar uma subestimação dos efeitos de determinação distal de risco ¹⁸. Em um primeiro momento, as variáveis independentes foram isoladamente analisadas com o desfecho. Posteriormente, elas foram colocadas no modelo, permanecendo no mesmo apenas aquelas que contribuíam significativamente, em um nível de $p < 0,20$. A análise multivariada foi conduzida seguindo-se o plano proposto no modelo teórico, de acordo com os níveis hierárquicos. Considerouse o primeiro nível como sobredeterminante, e a inclusão de variáveis seguiu-se na ordem crescente para os demais níveis. Foram considerados possíveis fatores de confusão as variáveis independentes do mesmo nível hierárquico ou de um nível imediatamente superior. O pacote estatístico utilizado para a análise foi o SPSS 6,0¹⁹.



Figura 1. Modelo teórico de determinação de risco de atraso no desenvolvimento aos 12 meses, segundo Teste de Denver II; Pelotas, 1993.

RESULTADOS

Na população estudada, 34% (N o =463) das crianças apresentaram teste de triagem de Denver II suspeito de atraso no desenvolvimento aos 12 meses de idade. Houve diferenças importantes nas quatro áreas avaliadas: a escala do desenvolvimento motor, por exemplo, mostrou o maior percentual de suspeita (15%), seguida pela escala pessoal/social (5,5%) e, em proporção bem menor, pelas escalas de motricidade fina (1,6%) e de linguagem (menos de 1%).

Os resultados apresentados a seguir descrevem os achados do teste de triagem de Denver II como um todo, sem a divisão por áreas, uma vez que, devido à pequena proporção de suspeita de atraso em algumas delas, não seria possível uma avaliação adequada caso houvesse a divisão por áreas.

Na análise bivariada entre o desfecho e as variáveis socioeconômicas, as crianças de mais baixa renda apresentaram duas vezes mais chance de apresentarem um teste de triagem suspeito de atraso no seu desenvolvimento neuro-psicomotor, quando comparadas com as de melhor renda. Em relação à escolaridade materna, o risco aumenta conforme diminui a escolaridade da mãe. As mães analfabetas tiveram uma chance 2,2 vezes maior de gerarem um filho com suspeita de atraso no desenvolvimento, quando comparadas com as de maior escolaridade.

No segundo nível hierárquico, que concentra as variáveis reprodutivas e socioambientais, a idade da mãe não mostrou associação estatisticamente significativa com suspeita de atraso aos doze meses. Apesar desse resultado, essa variável foi mantida para a modelagem multivariada, devido à sua plausibilidade e importância, principalmente considerando a gestação na adolescência. O mesmo ocorreu com a variável presença de marido/companheiro.

Em relação às características relacionadas com o nascimento, foram selecionadas as seguintes variáveis: peso ao nascer, idade gestacional, perímetro cefálico, comprimento ao nascer e morbidade, representada pela permanência da criança na UTI ou berçário no período neonatal. Considerando que o peso ao nascer pode dever-se a uma gestação de menor duração, ao retardo intra-uterino ou ainda a uma combinação de ambos, optouse por criar algumas variáveis que contemplassem essas diferenças, relacionando peso ao nascer, idade gestacional e comprimento ao nascimento. Os resultados estão descritos na [Tabela 1](#). Embora não mostrando a mesma intensidade de associação, mas sendo bastante significativa, a variável que resultou da interação entre peso ao nascer e idade gestacional mostrou um risco maior de teste de Denver II suspeito entre as crianças que, além de apresentarem baixo peso, também eram pré-termo. A variável construída a partir da interação entre peso de nascimento e comprimento mostrou resultado semelhante: as crianças com baixo peso e com comprimento proporcional foram aquelas que apresentaram maior risco, seguidas pelas crianças de baixo peso e comprimento desproporcional.

Tabela 1. Suspeita de atraso no desenvolvimento aos 12 meses de acordo com as interações entre peso e comprimento ao nascer e idade gestacional; Pelotas 1993

Fatores de risco	Distribuição na amostra		Denver II Suspeito		Valor p*	Razão de Odds (IC 95%)
	%	(nº)	%	(nº)		
Interação peso/IG						
PAN/termo	87,0	(1 183)	31,2	(369)	< 0,001	1,00
PAN/pré-termo	3,3	(45)	45,7	(20)		0,93 (0,57 - 2,06)
BPN/termo	4,8	(66)	55,3	(36)		1,36 (0,90 - 2,06)
BPN/pré-termo	4,9	(67)	59,0	(39)		1,58 (1,04 - 2,39)
Interação peso/ comprimento						
PAN proporcional	62,5	(852)	19,3	(60)	< 0,001	1,00
PAN desproporcional	28,3	(385)	34,3	(82)		2,19 (1,56 - 3,05)
BPN desproporcional	2,4	(32)	36,0	(121)		2,35 (1,64 - 3,37)
BPN proporcional	6,8	(93)	55,0	(94)		5,10 (3,37 - 7,70)
*χ ² para tendência linear	PAN: peso adequado ao nascer					
BPN: baixo peso ao nascer	IG: idade gestacional					

No grupo das variáveis relacionadas aos cuidados com a criança, aquela que se mostrou mais importante foi o tempo de amamentação: houve um risco 2,5 vezes maior de encontrar um teste suspeito entre os filhos não amamentados pela mãe, seguidos por aqueles amamentados até os 3 meses, com um risco quase duas vezes maior, quando comparados com os que receberam leite materno por mais de 6 meses.

Em relação às variáveis do último nível hierárquico, ou seja, aquelas potencialmente mais relacionadas com o desfecho "hospitalização, prevalência de desnutrição segundo altura/idade e peso/idade", essas mostraram-se significativamente associadas ao atraso ([Tabela 2](#)).

Tabela 2. Suspeita de atraso no desenvolvimento aos 12 meses, de acordo com as variáveis relacionadas à nutrição aos 6 meses e hospitalização no primeiro ano de vida; Pelotas, 1993

Fatores de risco	Distribuição na amostra		Denver II Suspeito		Valor p*	Razão de Odds (IC 95%)
Hospitalização					< 0,001	
não	81,6	(1 112)	31,8	(354)		1,00
sim	18,4	(250)	45,0	(112)		1,74 (1,31 - 2,30)
Escore z altura/idade aos 6 meses					< 0,001	
> -1	80,8	(1 092)	30,8	(336)		1,00
-1/ -1,9	14,6	(197)	43,6	(86)		1,73 (1,27 - 2,37)
≤ -2	4,6	(62)	64,0	(40)		4,00 (2,23 - 6,82)
Escore z peso/idade aos 6 meses					< 0,001	
> -1	89,4	(1 208)	31,2	(377)		1,00
-1/ -1,9	8,6	(116)	53,1	(62)		2,5 (1,70 - 3,67)
≤ -2	2,0	(27)	91,6	(25)		23,7 (6,08 - 92,25)

* Teste para tendência linear

Após a inclusão de todas as variáveis, conforme o método de regressão logística stepwise, o modelo final foi definido com o conjunto de variáveis que contribuíram significativamente para explicar por que as crianças apresentaram um teste de triagem de Denver II suspeito de atraso. Os resultados desse modelo estão apresentados na [Tabela 3](#).

Tabela 3. Razão de Odds para suspeita de atraso no desenvolvimento aos 12 meses, ajustadas para possíveis variáveis de confusão; Pelotas, 1993.

Variáveis independentes	Razão de Odds não ajustada e intervalo de confiança 95%	Razão de Odds ajustada e intervalo de confiança 95%*
Renda familiar (a)	p < 0,01	p < 0,01
6 SM	1,00	1,00
3,1 - 6 SM	1,28 (0,85 - 1,89)	1,20 (0,76 - 1,89)
1,1 - 3 SM	1,60 (1,12 - 2,28)	1,46 (0,97 - 2,21)
< 1 SM	2,08 (1,35 - 3,01)	1,53 (0,93 - 2,49)
Apoio na gestação (b)	p < 0,1	p < 0,09
sim	1,00	1,00
não	1,70 (1,20 - 2,38)	1,38 (0,91 - 2,08)
Fumou durante a gestação (b)	p < 0,5	p < 0,3
não	1,00	1,00
sim	1,45 (1,14 - 1,83)	1,15 (0,86 - 1,52)
Paridade (b)	p < 0,001	p < 0,001
até 3 filhos	1,00	1,00
≥ 4 filhos	2,44 (1,60 - 3,75)	1,88 (1,25 - 2,84)
Peso ao nascer (kg) (c)	p < 0,01	p < 0,006
≥ 3,5	1,00	1,00
3,00 - 3,49	1,53 (1,12 - 2,08)	1,43 (1,00 - 2,06)
2,50 - 2,99	2,40 (1,05 - 2,50)	1,86 (1,23 - 2,81)
2,00 - 2,49	3,70 (2,34 - 5,84)	1,97 (1,23 - 3,16)
< 2,00	10,59 (4,16 - 27,0)	4,04 (1,84 - 8,85)
Idade gestacional (semanas) (c)	p < 0,001	p < 0,007
38 - 42	1,00	1,00
37	1,87 (1,41 - 2,49)	1,49 (0,90 - 2,46)
< 37	2,85 (1,92 - 4,23)	1,60 (1,13 - 2,26)
Duração da amamentação (c)	p < 0,007	p < 0,005
6 meses	1,00	1,00
3,1 - 6 meses	1,60 (1,11 - 2,31)	1,58 (1,07 - 2,31)
até 3 meses	1,67 (1,20 - 2,30)	1,55 (1,09 - 2,20)
nunca mamou	2,15 (1,47 - 3,16)	1,88 (1,22 - 2,88)
Escore z (peso /idade) 6 meses (d)	p < 0,001	p < 0,007
≤ 1	1,00	1,00
-1 / -1,9	2,5 (1,70 - 3,67)	1,65 (1,07 - 2,54)
≥ -2	23,7 (6,08 - 92,25)	10,16 (2,52 - 40,91)

* Teste para tendência linear

As crianças de famílias de menor renda mostraram maior probabilidade (50%) de apresentar suspeita de atraso em seu desenvolvimento, mesmo após o ajuste em relação ao dado da escolaridade materna. Essa relação aconteceu de forma linear, mantendo-se as diferenças por grupos de renda; assim, as crianças do grupo de renda entre três e seis

salários mínimos mostraram maior probabilidade (20%) de suspeita do que as crianças do grupo mais favorecido, embora não houvesse significância estatística.

Após o ajuste para o primeiro nível hierárquico, as variáveis referentes ao apoio durante a gestação e hábito do fumo não se mostraram significativamente associadas ao atraso, mostrando não ter efeito independente em relação à suspeita de atraso. Já as crianças com quatro ou mais irmãos apresentaram maior probabilidade (90%) de ter um teste de triagem suspeito.

Os resultados da associação entre peso de nascimento, idade gestacional e suspeita de atraso confirmam a importância dessas variáveis na determinação de um teste de desenvolvimento suspeito. Mesmo após o ajuste para variáveis importantes de níveis superiores e de mesmo nível, as crianças com menor peso de nascimento tiveram quatro vezes mais chance de apresentar problemas no teste do que aquelas com maior peso; da mesma forma, as crianças com menor tempo de gestação tiveram 60% mais chance de apresentar problemas, mesmo após o ajuste.

O tempo durante o qual a criança foi amamentada contribuiu significativamente para explicar os testes de Denver II suspeitos. As crianças que nunca mamaram tiveram um risco 88% maior do que as que mamaram mais de seis meses, mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confusão. Por sua vez, as crianças desnutridas, com um índice peso/idade \geq a -2 desvios-padrão, mostraram um risco dez vezes maior de apresentar um teste de Denver II suspeito, comparativamente às crianças com melhor nutrição.

DISCUSSÃO

Em Pelotas, em 1993, 34% das crianças aos 12 meses de vida apresentaram um teste de triagem de Denver II com suspeita de atraso. Embora esse resultado seja de certa forma surpreendente pela sua magnitude, devemos interpretá-lo com cautela. Essa alta proporção de crianças com suspeita de atraso apenas nos alerta para um risco potencial de atraso, o qual deve ser confirmado por testes diagnósticos.

O perfil de desenvolvimento infantil das crianças da coorte foi coerente com estudos anteriores, que apontam para a característica multifatorial na determinação de suspeita de atraso, segundo a qual o acúmulo de fatores de risco determina um maior impacto no desenvolvimento da criança [9](#), [20](#) [21](#).

Neste estudo, a renda familiar e a escolaridade dos pais representaram as características socioeconômicas da população que sobredeterminaram as demais variáveis independentes. Embora na análise bivariada ambas tenham apresentado uma associação estatisticamente significativa com a suspeita de atraso, esse resultado não se manteve na análise multivariada escolhida para controlar o efeito de possíveis fatores de confusão. O efeito da renda familiar permaneceu associado com suspeita de atraso, mesmo quando ajustado para o item referente à escolaridade materna; assim, as crianças mais pobres apresentaram 50% mais risco de terem um teste de triagem de Denver II suspeito de atraso"resultado já descrito em estudos anteriores²². Provavelmente as crianças mais ricas recebem uma maior estimulação e variadas oportunidades no primeiro ano de vida.

Entre as variáveis do segundo nível do modelo (reprodutivas e socioambientais), somente a referente ao número de filhos manteve-se significativamente associada com o

desfecho no modelo final de regressão. Como a maioria das variáveis deste nível hierárquico tinha mostrado associação estatística significativa com o desfecho na análise bivariada, é possível que elas estivessem confundidas pela renda familiar, conforme o modelo hierárquico proposto.

As crianças com mais de três irmãos tiveram 90% mais chance de apresentar um teste de Denver II com suspeita de atraso. Embora tenha havido uma redução do risco após o ajuste para fatores de confusão, o efeito independente dessa variável permaneceu estatisticamente associado com a suspeita de atraso, confirmando que nas famílias com maior número de filhos, em geral, há menos estímulos para que as crianças possam explorar seu potencial de desenvolvimento. Esse menor estímulo provavelmente está associado à menor disponibilidade materna para oferecer atenção à criança.

Já é bem conhecido o fato de que o peso ao nascer é o fator isolado mais importante na determinação da mortalidade infantil. Os resultados deste estudo mostram que há uma clara redução de suspeita de atraso, à medida que existe um aumento do peso ao nascer; essa chance foi, na análise bivariada, dez vezes maior nas crianças nascidas com menos de 2 000 g, quando comparadas às crianças de maior peso. Efeito semelhante, mas com menor magnitude, foi encontrado em todos os outros indicadores (idade gestacional, perímetro cefálico e comprimento) e em suas interações com as relações peso/idade, peso/comprimento e idade gestacional. Embora todas essas variáveis mostrassem uma associação estatisticamente significativa na análise bivariada, quando colocadas no modelo final de regressão, apenas o peso ao nascer e a idade gestacional continuaram mantendo um efeito independente no modelo. As crianças que nasceram com menos de 2 000 g tiveram um risco de apresentar um teste de triagem de Denver II suspeito quatro vezes maior, quando comparadas com as mais pesadas. Já as crianças pré-termo, embora com efeito menor, apresentaram uma chance 60% maior de teste suspeito de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, o que é consistente com achados anteriores, que ressaltam as repercussões negativas no desenvolvimento futuro e no desempenho escolar de recém-nascidos pré-termo e de muito baixo peso^{7, 23}.

É importante ressaltar que, ao lado das complicações médicas derivadas da prematuridade, a associação com as situações sociais desfavoráveis e o tipo de atendimento médico recebido por essas crianças determinam o prognóstico em relação ao desenvolvimento²⁴. Além disso, parecem existir efeitos da prematuridade que irão aparecer mais tardiamente, quando tais crianças entrarem na escola, o que justifica o acompanhamento precoce desse grupo de risco²⁵.

O fato de as outras variáveis do mesmo nível hierárquico não se mostrarem estatisticamente significativas no modelo de regressão final pode ser explicado por uma colinearidade entre elas, como é o caso, por exemplo, da utilização da UTI neonatal. As crianças com menor peso e mais prematuras foram as que utilizaram com maior frequência essa facilidade. Assim, diferentes variáveis poderiam estar representando o mesmo evento.

Em relação ao nível hierárquico seguinte, somente o item aleitamento materno mostrou um efeito independente em relação ao status de desenvolvimento aos 12 meses de vida. As crianças que nunca mamaram tiveram uma chance 88% maior de apresentar um teste suspeito de atraso, quando comparadas àquelas que mamaram por mais de seis meses. Esse achado encontra resultados semelhantes na literatura, embora sejam estudos que

usaram metodologias diferentes^{26 28}. Um dos resultados importantes do presente estudo consiste no fato de que existe um efeito dose-resposta em relação ao tempo de amamentação: quanto maior o tempo de amamentação, menor o risco de um teste de triagem de Denver II suspeito de atraso.

Além das vantagens nutricionais, psicológicas e de proteção contra infecções já comprovadas do leite materno^{29 30}, existem evidências de que as crianças amamentadas apresentam um melhor desempenho no seu desenvolvimento cognitivo futuro, constituindo-se em um elemento adicional para que o aleitamento materno seja estimulado de forma mais consistente²⁷.

Em relação ao estado nutricional, os índices altura/idade e peso/ idade aos 6 meses se mostraram fortemente associados ao desfecho na análise bivariada. Quando incluídos no modelo final de regressão e ajustados para as demais variáveis, o efeito independente do índice altura/idade desapareceu; já o índice peso/idade manteve-se significativo, embora com redução em sua magnitude. Após o ajuste, as crianças com ≥ 2 desvios-padrão no índice peso/idade mantiveram uma chance dez vezes maior de apresentar um teste de Denver II suspeito de atraso, quando comparadas com as crianças mais bem nutridas, havendo um efeito dose-resposta. Esse resultado é consistente com estudo anterior, em que foi utilizada metodologia semelhante²⁹. O achado de que as crianças desnutridas tiveram uma maior chance de apresentar suspeita de atraso aos 12 meses de vida confirma que a nutrição é um importante indicador de morbidade³⁰.

Os resultados deste estudo mostraram algumas diferenças em relação ao que havia sido publicado previamente em relação à prevalência de suspeita de atraso e à magnitude do efeito que algumas variáveis apresentaram¹⁷. Uma possível explicação para isso pode estar relacionada com a medida utilizada neste estudo, no caso, a Razão de Odds (RO), de difícil interpretação em estudos transversais. A discrepância entre RO e Razão de Prevalência (RP) depende da prevalência da doença e da exposição, sendo a primeira mais importante quantitativamente. Mas quando a duração média da doença é igual em indivíduos expostos e não expostos, a RO estima melhor a densidade de incidência do que a RP³¹.

Além dessas possíveis limitações de análise, a diferença na prevalência pode ser explicada pela dificuldade diagnóstica nos primeiros anos de vida. Mesmo em países desenvolvidos, não existem dados consistentes a respeito da prevalência de atrasos no desenvolvimento em crianças abaixo dos 3 anos de idade¹⁷. Uma explicação consistente com o que foi discutido até o momento está no conceito de prevalence point (ponto de prevalência)³² ou Age Specific Manifestation (idade de manifestação específica), segundo o qual a idade de manifestação específica pode mudar de um período do desenvolvimento para o próximo, mesmo que os indivíduos permaneçam em risco³³.

Embora não exista uma uniformidade quanto à metodologia e aos critérios e instrumentos de avaliação entre os inúmeros estudos sobre fatores de risco no desenvolvimento infantil, existe uma certa convergência de resultados. Isso vem reforçar a idéia de que os fatores de risco encontrados neste estudo estão associados à morbidade futura, justificando um acompanhamento precoce e adequado das crianças expostas a estes riscos³⁴.

A identificação precoce de problemas do desenvolvimento é uma tarefa bastante difícil para o profissional que trabalha com cuidados primários. Devido à grande maleabilidade do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, é necessário que a avaliação seja repetida, principalmente durante os primeiros anos de vida, quando o desenvolvimento é mais dinâmico e o impacto dos atrasos é mais importante¹². Embora reconhecendo que as intervenções precoces em países em desenvolvimento possam ser mais difíceis de implementar, existem inúmeras alternativas para promover programas de baixo custo e de abordagem comunitária envolvendo crianças com riscos de atraso, tais como visita domiciliar (ocasião em que a mãe é orientada a estimular seu filho), treinamento de cuidadores de crianças em creches e escolas infantis, bem como de professores de escolas de primeiro grau, e envolvimento da mídia³⁵.

REFERÊNCIAS

1. *Escalona SK*: Babies at double hazard: early development of infants at biologic and social risk. *Pediatrics* 1982; 70: 670-6. [[Links](#)]
2. *Lipman EL, Offord DR, Boyle MH*: Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *CMAJ* 1994; 151: 431-7. [[Links](#)]
3. *Werner EE*: Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatr Suppl* 1997; 422: 103-5. [[Links](#)]
4. *Rutter M*: Pathways from childhood to adult life. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 23-51. [[Links](#)]
5. *Garbarino J*: The human ecology of early risk. In: Meisels SJS, Shonkoff JP, eds. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Melbourne, Australia: Cambridge Univ Press 1990; p. 78-96. [[Links](#)]
6. *Whitaker AH, Feldman JF, Van Rossem R, Schonfeld IS, Pinto-Martin JA, Torre C, et al*: Neonatal cranial ultrasound abnormalities in low birth weight infants: relation to cognitive out-comes at six years of age. *Pediatrics* 1996; 98 (4 Pt 1): 719-29. [[Links](#)]
7. *Koller H, Lawson K, Rose SA, Wallace I, McCarton C*: Patterns of cognitive development in very low birth weight children during the first six years of life. *Pediatrics* 1997; 99: 383-9. [[Links](#)]
8. *Nelson KB, Ellenberg JH*: Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. *Pediatrics* 1981; 68: 36-44. [[Links](#)]
9. *Bronfenbrenner U*: A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. [[Links](#)]
10. *Sameroff AJ, Chandler MJ*: Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Horowitz FD, Scarr-Salapatek MH, Siegel G, eds. *Review of child development research*. Chicago: University of Chicago Press 1975; 187-244. [[Links](#)]

11. *Shonkoff JP, Meisels SJ*: Early childhood intervention: the evolution of a concept. In: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. Hand-book of early childhood intervention. Melbourne, Australia: Cambridge University Press 1990; 3-32. [[Links](#)]
12. *Dworkin PH*: British and American recommendations for developmental monitoring: the role of surveillance. *Pediatrics* 1989; 84: 1000-10. [[Links](#)]
13. *Aylward GP*: Conceptual issues in developmental screening and assessment. *J Dev Behav Pediatr* 1997; 18: 340-9. [[Links](#)]
14. *Valman HB*: Development surveillance at 6 weeks. *Br Med J* 1980; 280: 1000-2. [[Links](#)]
15. *Victoria CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AM, Horta BL, Tomasi E, et al*: Estudo longitudinal da população materno-infantil de Pelotas, RS, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Rev Saude Publ* 1996; 30: 34-45. [[Links](#)]
16. *Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B*: The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89: 91-7. [[Links](#)]
17. *Meisels JS, Wasik BA*: Who should be served? Identifying children in need of early intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, eds. Handbook of early childhood intervention. Melbourne, Australia: Cambridge University Press 1990; 605-32. [[Links](#)]
18. *Victoria CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT*: The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 224-7. [[Links](#)]
19. *Norussis MJ*: SPSS/PC 6.1. Statistical Package for Social Science. 1994, Chicago: SPSS Inc. [[Links](#)]
20. *King EH, Logsdon DA, Schroeder SR*: Risk factors for developmental delay among infants and toddlers. *Child Health Care* 1992; 21: 39-52. [[Links](#)]
21. *de Andraca I, Pino P, de la Parra A, Rivera F, Castillo M*: Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 138-47. [[Links](#)]
22. *Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM*: The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *J Pediatr* 1998; 132: 661-6. [[Links](#)]
23. *McCormick MC, Brooks-Gunn J, Shorter T, Holmes JH, Heagarty MC*: Factors associated with maternal rating of infant health in central Harlem. *J Dev Behav Pediatr* 1989; 10: 139-44. [[Links](#)]
24. *Cohen S, Bromet E*: Maternal predictors of behavioral disturbance in preschool children: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 941-6. [[Links](#)]

25. *Goldson E*: The developmental consequences of prematurity. In: Wolraich ML, ed. Disorders of development & learning: a practical guide to assessment and management. 2^a ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc 1996; 483-508. [[Links](#)]

26. *Florey CD, Leech AM, Blackhall A*: Infant feeding and mental and motor development at 18 months of age in first born singletons. *Int J Epidemiol* 1995; 24: S21-6. [[Links](#)]

27. *Pollitt E, Kariger P*: Breastfeeding and child development. *Food Nutr Bull* 1996; 17: 401-18. [[Links](#)]

28. *Anderson WJ, Bryan MJ, Remley TD*: Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525-35. [[Links](#)]

29. *Oberhelman RA, Guerrero ES, Fernández ML, Sílio M, Mercado D, Comiskey N, et al*: Correlations between intestinal parasitosis, physical growth, and psychomotor development among infants and children from rural Nicaragua. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 58: 470-5. [[Links](#)]

30. *Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA*: Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999; 318: 1316-20. [[Links](#)]

31. *Rothman KJ, Greenland S*: Modern Epidemiology. 2^a ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1998. [[Links](#)]

32. *Eaton WW*: The sociology of mental disorders. New York: Praeger; 1980. [[Links](#)]

33. *Bell RQ*: Age-specific manifestation in changing psychosocial risk. In: Farran DC, McKinney JC, eds. Risk in intellectual and psychosocial development. Orlando: Academic Press; 1986; 169-207. [[Links](#)]

34. *Horwood LJ, Mogridge N, Darlow BA*: Cognitive, educational, and behavioural outcomes at 7 to 8 years in a national very low birthweight cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1998; 79: 12-20. [[Links](#)]

35. *Thorburn JM*: Practical aspects of programme development: Prevention and early intervention at the community level. In: Thorburn KM, Marfo J, eds. Practical Approaches to childhood disability in developing countries: insights from experience and research. St John's: Project Seredec Memorial University of Newfoundland; 1990; 31-54. [[Links](#)]


1. Professor Adjunto de Pediatria - Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

2. Professora Adjunta de Pediatria, Univ. Federal do Rio Grande do Sul.

3. Professor Titular de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas.

4. Professor Titular de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas.

5. Professor Assistente de Estatística, Universidade Católica de Pelotas.

 Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una [Licencia Creative Commons](#)

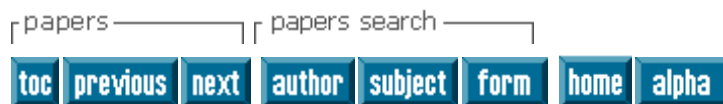
Alcalde Eduardo Castillo Velasco 1838
Ñuñoa, Santiago
Casilla 593-11

Tel.: (56-2) 2237 1598 -2237 9757

Fax: (56-2) 2238 0046

 e-Mail

revista@sochipe.cl



Services

-  [How to cite this paper](#)

On-line ISBN 85-86736-12-0

An. 4 Col. LEPSI IP/FE-USP Oct. 2002

O Brincar no Primeiro Ano de Vida

Playing in The First Year of Life

Michele Kamers^I; Carla R. Cumiotto^{II}

^IPsicóloga e Mestranda em Psicologia e Educação na FE da USP.

^{II}Psicanalista, professora e supervisora da Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB

RESUMO

Este trabalho procura elucidar como se dá o processo de constituição subjetiva do bebê no primeiro ano de vida e sua relação com o desenvolvimento psicomotor desde a perspectiva da psicanálise, visando à importância da função do brincar no processo de humanização.

Palavras-Chave: Psicanálise; Bebês; Brincar

ABSTRACT

This work aims to elucidate how the process of subjective constitution of the baby in its first year of life occurs and its relation with the psychomotor development from the perspective of the psychoanalysis, highlighting the importance of playing in the process of humanization.

Key-words: psychoanalysis; babies; playing

Em Psicanálise, falar em constituição subjetiva e desenvolvimento psicomotor implica em dizer que, sem desejo não há sujeito, não há estruturação possível, e sem subjetivação não há desenvolvimento (Levin, 1997). O humano, por carecer de um instinto de humanidade, necessita fundamentalmente da presença de um Outro desejante para humanizar-se. O que implica em dizer que "O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer" (Lacan, 1988, p.194). Dito de outro modo, todo o desenvolvimento está fundamentado na qualidade dessa relação, que tanto pode "impulsionar" o desenvolvimento de todo

aparato orgânico e genético próprio à espécie, dando-lhe vida, como "impossibilitá-lo", o que ocorre em sintomatologias graves presentes na infância.

É a partir do meio ambiente que ocorrerá a maturação das estruturas nervosas do bebê, a mielinização do seu sistema nervoso. Contudo, em se tratando do primeiro ano de vida, de que ambiente falamos?

Trata-se do ambiente chamado desejo materno. Falamos isto, pois, não nos referimos a estímulos externos que irão propiciar o desenvolvimento do equipamento nervoso. Mas, que é a partir da captura desse corpo pelo desejo de um Outro, que veja nele para além de um orgânico a ser estimulado, que antecipe aí um sujeito, que dar-se-á esse desenvolvimento. Como nos diz Spitz, "Para o recém-nascido o meio ambiente consiste, por assim dizer, em um único indivíduo, a mãe ou um substituto dela. Mesmo este único indivíduo não é percebido, pelo recém-nascido, como uma entidade distinta de si mesmo" (1979, p. 31).

No início há uma relação fusional entre mãe e bebê, um total estado de indiferenciação eu-outro, já que esta diferenciação implica na constituição de um "eu" no processo de subjetivação, de uma unidade corporal, o que se estabelece no estadio do espelho. Algo que pode ser articulado ao que Lacan designou como as duas operações de causação do sujeito – a alienação e a separação. Dialética essencial para se pensar o advento do sujeito e sua dependência em relação ao significante provindo do campo do Outro.

Nesse sentido, o Outro Primordial (a mãe), dá uma significação particular àquilo que inicialmente é da ordem do orgânico. Ou seja, esse orgânico sofre o efeito da linguagem, que o significa. E aqui entramos num ponto fundamental dos efeitos dessa significação, que é justamente a primeira experiência de satisfação do bebê.

Trata-se de uma experiência que funda uma falta radical, já que não há objeto que possa satisfazer a pulsão. Diante de uma necessidade fisiológica, de uma tensão, o organismo tem reações reflexas, como por exemplo, o choro, mas, um choro que é tomado pelo Outro Primordial como uma demanda. Nesta introdução de um investimento, mais especificamente, o significante, que se instalará essa falta radical, já que houve, a partir desse investimento, uma marca. Agora, se o bebê chora, chora em busca dessa vivência primeira de satisfação, vivência mediada pela representação.

Sabemos que esta busca se repetirá, na medida em que aquela experiência primeira de satisfação, coagulada em representação, não se faz possível. Então, o que ocorre é uma alucinação, já que na ausência do objeto real, somente é possível o re-investimento da representação (Garcia-Roza, 1991). "O objeto se apresenta, inicialmente, em uma busca do objeto perdido. O objeto é sempre redescoberto, o objeto tomado ele próprio numa busca (...)" (Lacan, 1995, p.25).

Para o bebê, agora se abre a possibilidade do registro do prazer, a nível psíquico, por oposição ao registro do desprazer. "O princípio do prazer, nós o identificamos com uma certa relação de objeto, isto é, a relação com o seio materno, enquanto o princípio de realidade foi identificado por nós ao fato de que a criança deva aprender a dele se abster" (Lacan, 1995, p.33). Ou seja, "(...) o regulamento do prazer/desprazer interfere na maturação neurológica da criança. No bebê o desprazer tem relação com a realidade orgânica. O prazer ocorre na realidade psíquica" (Velasco, 1996, p.24).

É a partir desta série prazer/desprazer que se dará o que Winnicott denominou "experiência de onipotência do bebê". Que frente a uma tensão interna, o bebê

poderá evocar a representação para satisfazê-la. Momento em que a mãe coloca o seio na boca do pequeno e este tem a ilusão de que ele criou o seio. Contudo, "(...) não poderia tê-lo feito se a mãe não tivesse chegado com o seio exatamente naquele momento" (Winnicott, 1999, p.90).

Mas há uma problemática nessa experiência. Pois, para que o bebê possa alucinar esse seio (que se trata da representação do apaziguamento da tensão) ele tem que ter esse registro, essa representação. Por outro lado, a presença de uma "mãe suficientemente boa" que coloque esse seio no exato momento da alucinação, para dar ao bebê a ilusão de que ele criou esse seio, dar a ele uma "ilusão de onipotência", de controle sobre o ambiente. O que implica na existência de uma modificação imediata do ambiente, para que assim, o bebê possa associar a realidade interna com uma "suposta" realidade externa correspondente. Não que para ele haja duas realidades, já que há uma indiferenciação "eu-outro", mas, que o bebê necessita do constante investimento externo para manter viva a representação. Trata-se de um jogo imaginário, que possibilita à mãe dar ao bebê a ilusão de uma unidade, de completude.

Algo que pode ser pensado a partir da antecipação subjetiva que o Outro Primordial realiza sobre o bebê, de uma antecipação realizada no campo do Outro (Lacan, 1988). Sendo justamente essa antecipação que permitirá à criança sair do caos pulsional na qual se encontra, momento em que está em cena o apaziguamento do mal-estar produzido pela exigência de satisfação e sua organização a partir da assunção à imagem de si no olhar do Outro – o estádio do espelho.

A partir desse contexto, partimos da hipótese de que no primeiro ano de vida está em cena um trabalho do pequeno em apropriar-se do seu corpo, trabalho este que faz brincando.

Falamos de um brincar enquanto atividade mediada pela linguagem e não de um automatismo do bebê consigo mesmo. Um brincar referenciado pelo Outro, já que antes mesmo de o bebê brincar com seu próprio corpo, este tem que ser apresentado a ele.

Nesse sentido, Rodolfo (1990) nos diz que a primeira função do brincar, antes do Fort-Dá descrito por Freud, consiste em esburacar, fazer borda. Trata-se de um brincar que:

(...) pode-se verificá-lo em qualquer bebê de certa idade, que se lambuza com todo entusiasmo, e depois unta o que está a seu redor: toma a papinha, estende-a, formando uma película homogênea, momento em que, se alguém vai tocar esse menino que está comendo, nota-o engordurado, época da criança sempre besuntada por alguma substância imprecisa, mistura de caramelo, muco, baba, sopa, tudo o que sirva como matéria-prima (p.95).

Momento em que o bebê, ainda não apropriado dos recortes, das marcas inscritas em seu corpo pelo Outro primordial, trabalha (brinca!) no sentido de ir se apropriando dele. É através do esburacamento que se estabelece os limites corporais, das idas e vindas com a comida, dos lambuzar-se que vai se constituindo as bordas erógenas. Contudo, se dissemos que se trata de ir constituindo, é porque nesse momento, há um caos corporal, uma indiferenciação que necessita de ordenamento.

Para o bebê, essa papinha, esse muco, faz parte dele. Isto nos faz lembrar uma situação "curiosa" e "engraçada" ocorrida em nosso trabalho em uma creche.

Estávamos no berçário conversando com a educadora, enquanto os bebês, que em sua maioria tinham entre seis a sete meses, estavam brincando no chão. Então, chega um momento em que nos deparamos com a seguinte situação:

Um dos bebês que estava engatinhando pela sala, um momento senta. O curioso é que ele sentou no colo de um outro bebê de sua idade, sem ao menos se dar conta disso. O bebê que estava embaixo permaneceu numa total indiferenciação frente ao coleguinha que estava sentado no seu colo, como se nada tivesse acontecido!

Estamos referenciando essa situação para demonstrar que se tratava de uma indiferença psíquica, no sentido de uma não-unificação corporal. Já que esta implicaria nos limites do corpo, na apropriação deste, e portanto em uma imagem corporal.

Trata-se de uma imagem provinda do campo do Outro e que é apropriada pelo sujeito. Mas, para que isso seja possível, é necessário que se inicie uma separação.

Momento em que é de fundamental importância que haja uma desilusão gradual às necessidades do pequeno. Ou seja, que essa realidade externa não seja tão correspondente. Que a função materna possa ter falhas, furos e faltas (Garcia Yañes, 2001), para dar lugar ao que Lacan designou Função Paterna - função de corte na completude imaginária presente na simbiose mãe-bebê. Processo fundamental que Winnicott (1975) chamou de Objetos transicionais ou fenômenos transicionais.

Nos referimos às fraldinhas, aos ursinhos, aos travesseiros que os bebês de idade entre 4 a 12 meses não largam de forma alguma. Que por mais sujos e lambuzados que possam estar, seria um "crime" pô-los na lavagem. Seria uma ameaça à integridade da criança, justamente por esse objeto fazer parte dela.

Trata-se de objetos que designam um deslocamento da relação auto-erótica do bebê para uma relação com os objetos do mundo exterior. Sendo justamente nesse momento que se abre a possibilidade para o brincar, em estritos termos psicanalíticos, o acesso ao simbólico, já que é dele que provém à aquisição da linguagem.

Falamos da presença-ausência, ilusão-desilusão, experiências que permitem ao bebê uma transição da posição de objeto do desejo materno a de sujeito desejante. Implica na passagem do bebê, da experiência de controle mágico do ambiente (ilusão), ao controle pela manipulação de objetos. Como nos diz Lacan (1995, p.34): "Todos os objetos dos jogos da criança são objetos transicionais. Os brinquedos, falando propriamente, a criança não precisa que lhe sejam dados, já que os cria a partir de tudo o que lhe cai nas mãos".

Trata-se do brincar enquanto experiência que permite à criança a transição de uma posição passiva, de dependência absoluta, à atividade de elaboração.

"O chocalho, por exemplo, começa a existir em função dessas condições estruturais do bebê para vê-lo, pegá-lo, manipulá-lo. Por esta razão, o bebê gestará a condição de se ocupar com afincos e prazeres dos objetos e das ações que com eles realize, vasculhando-os, inteligindo-os, pois eles representam o desejo recalcado" (Molina, 2001, p.155), representam o desejo materno.

Vale ressaltar, que não se trata de processos "normais" do desenvolvimento, de uma maturação, como por exemplo, algumas teorias de desenvolvimento que afirmam que com 4 meses a criança faz isso, ou aquilo. Mas, de processos que

implicam em uma possibilidade subjetiva desse Outro Primordial em desiludir gradualmente a criança. Algo que pode ser pensado a partir da noção lacaniana de potência materna. Ou seja, que é somente a partir da dissimetria estabelecida entre o apelo da criança e a resposta materna, que se abre para o pequeno a noção de potência de sua mãe. Já que "(...) ela não responde mais, quando, de certa forma, só responde a seu critério, ela sai da estruturação, e torna-se real, isto é, torna-se uma potência" (Lacan, 1995, p.69). E com isso, o objeto passa a valer como testemunho, representante dessa potência.

Todos os tipos de situações já estruturadas existem entre a criança e a mãe. A partir do momento em que a mãe é introduzida no real ao estado de potência, abre-se a possibilidade para a criança de um objeto intermediário como tal, como objeto de dom (Idem, 1995, p. 71).

Desta forma, é no espaço entre a alienação e a separação que se encontra o brincar. Brincar enquanto experiência que permite à criança suportar a frustração que causa o "desmame" - condição para a constituição da imagem e esquema corporal.

Uma experiência de prazer que se dá a partir do circuito pulsional, permitindo assim o acesso ao domínio imaginário do corpo. Brincar no e com o desejo do Outro! Em outras palavras, a criança brinca com esses significantes provindos do campo do Outro, para deles se apropriar. "(...) a possibilidade para que a palavra se inscreva no corpo encontra no brincar uma experiência fundamental, sem a qual, esta inscrição não poderia estabelecer-se" (Pinho, 2001, p.186).

Assim, podemos dizer que todo objeto, instrumento do brincar, deve ser tomado como um substituto do objeto perdido – objeto causa do desejo. Em outras palavras, do desejo materno.

Desta forma, os processos constituintes da infância se fazem entremeados pela dimensão do brincar. Sendo na ausência desta, que se encontram as sintomatologias graves presentes na infância, pois, como afirmamos no decorrer do trabalho, a condição para o brincar é a sua relação com um Outro desejante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garcia-Roza, L. A. (1936-) **Introdução à Metapsicologia Freudiana**. Rj: Zahar, 1991.

Garcia Yañes, Z. A. **Aspectos Instrumentais na Psicose: Reflexões para uma Educação Inclusiva**. Escritos da Criança, N°6, Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, 2001.

Lacan, J. (1901-1981). **O Seminário, Livro 4: A Relação de Objeto**. RJ: Zahar, 1995.

_____. (1901-1981). **O Seminário, Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise**. RJ: Zahar, 1988.

Levin, E. **A Infância em Cena: Constituição do Sujeito e Desenvolvimento Psicomotor**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1997.

Molina, S. E. **A Estruturação Cognitiva na Criança Deficiente Mental e, Particularmente, na Criança com Síndrome de Down: Um Enfoque a Partir da Interdisciplina e da Transdisciplina.** Escritos Da Criança, N°6, Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, 2001.

Pinho, G. **O Brincar na Clínica Interdisciplinar com Crianças.** In: Escritos Da Criança, N°6, Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, 2001.

Rodulfo, R. **O Brincar e o Significante: Um Estudo Psicanalítico sobre a Constituição Precoce.** Poa: Artes Médicas, 1990.

Spitz, R. A. **O Primeiro Ano de Vida: Um Estudo Psicanalítico do Desenvolvimento.** São Paulo: Martins Fontes, 1979.

Velasco, C. G. **Brincar, O Despertar Psicomotor.** Rj: Sprint, 1996.

Winnicott, D. W. (1896-1971). **O Brincar e a Realidade.** Rj: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1896-1971). **Os Bebês e Suas Mães.** Sp: Martins Fontes, 1999.

© 2017 *LEPSI IP/FE-USP*

Av. da UNiversidade, 308
CEP: 05508-900 - São Paulo - SP - Brasil



lepsi@fe.usp.br