

Detecção de risco com a primeira infância: regra, Lei e impossível

Germano Almeida Faria Fortunato Pereira¹

¹ Mestre em Psicologia Aplicada no eixo Psicanálise e Cultura pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Graduado em Psicologia pela UFU. Psicanalista, membro-associado da Haeresis Associação de Psicanálise, Uberlândia (MG).

1 Introdução

São inúmeros e diversos os campos discursivos que tomam os bebês, seu crescimento, sua maturação, seu desenvolvimento, sua constituição subjetiva, sua relação com os adultos que se dedicam de seus cuidados, ou seja, seus cuidadores. Tal tomada se estabelece tanto do ponto de vista teórico quanto das práticas de trabalho – técnicas e experiências –, sendo possível citar diversos profissionais que estão em contato direto com eles, desde pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, farmacêuticos a psicólogos, entre outros.

Entre os campos discursivos que abordam esse início da vida humana e seus percalços, existe a prática e a teoria psicanalítica com bebês. Para esse campo, a constituição do sujeito perpassa os conceitos de crescimento, maturação, desenvolvimento e isso determina a prática da detecção precoce na clínica psicanalítica. Com isso, fazemos referência e acompanhamos a hipótese freudiana da anterioridade dos processos inconscientes e dessa instância na constituição do aparelho psíquico, sendo que, neste artigo, tentamos abordar as consequências dessa hipótese quando abordamos a prática da detecção de risco com bebês, do ponto de vista da Psicanálise, e sua relação com os termos regra, Lei e impossível.

A partir da proposta de clínica psicanalítica com bebês, vimos florescer o campo teórico de pesquisa acerca do tema, inclusive a aposta de detecção de risco de desenvolvimento e de sofrimento psíquico (por vezes chamada de intervenção precoce e outras de intervenção a tempo).

Um desses passos teóricos, no Brasil, foi a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (2003), que criou os Irdi, que é um instrumento composto de 31 indicadores organizados a partir das noções teóricas da Psicanálise (suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre presença e ausência e função paterna), entre os quais se espera a presença em um processo de constituição que vai a contento. Ele é um fruto do encontro entre a pesquisa em Psicanálise e o método experimental e encontra-se validado para a detecção de risco do desenvolvimento.

A história da demanda pela criação dos Irdi, ou seja, o pedido de inserção de indicadores psíquicos do desenvolvimento infantil na caderneta da criança, feito pelo Ministério da Saúde na década de 1990, mostra o quanto a Psicanálise vem sendo chamada a responder por algumas demandas de saúde pública. A criação desse instrumento é um acontecimento sem precedente na história da relação entre Psicanálise e saúde mental no país e merece cuidado e reflexão. Pode-se afirmar que a Pesquisa Multicêntrica que deu origem aos Irdi não seria possível sem a participação de profissionais da rede pública de saúde que participavam de cuidados com bebês na idade que interessava aos pesquisadores.

Tratou-se de um movimento, no decorrer da pesquisa, de formação e transmissão, em que a Psicanálise entrou em contato com esse campo político da saúde mental pública na posição de referência no tema (expertise).

A Psicanálise, como campo teórico, tem influenciado de modo significativo a ação de outros campos, como é possível ler na pesquisa que originaram os Irdi, e também no Plano Nacional Pela Primeira Infância, que organizou a demanda por cuidado e construiu o projeto de viabilização do cuidado à primeira infância no Brasil, que posteriormente se constituiu como Marco Legal da Primeira Infância. Outro exemplo dessa influência é a aposta de Julieta Jerusalinsky (2002, p. 26), de que é preciso fazer circular,

nos lugares onde os bebês são normalmente acompanhados (em creches e serviços de Pediatria [hoje representados pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Tratamento Intensivo neonatais, escolas, maternidades hospitalares, Núcleos de Apoio à Saúde da Família]), alguns conhecimentos clínico-teóricos fundamentais para a detecção precoce de problemas de constituição psíquica e desenvolvimento.

Notando essa pregnância do discurso psicanalítico acerca da detecção de risco de sofrimento em bebês, trabalhamos neste artigo com a noção de detecção de risco, posteriormente problematizamos os termos regra, Lei e impossível para a Psicanálise, usando como suporte material uma lei do município de Uberlândia, interior de Minas Gerais, e dialogando com as noções de Real, Simbólico e Imaginário.

2 Detecção de risco e constituição do sujeito, o imprevisível

A teoria da detecção de risco afirma ser possível, na prática com bebês, identificar, com base na escuta das narrativas dos cuidadores sobre e na sua relação com os bebês, sinais de risco de sofrimento psíquico, no que encontramos a premissa de chegar à anterioridade de uma cristalização patológica. Na posição da autora,

[...] torna-se decisivo que os profissionais do âmbito da saúde, que realizam acompanhamento do desenvolvimento, e da educação, que trabalham em creches, possam ter acesso aos critérios que permitem detectar sofrimento psíquico em um tempo em que a intervenção possibilita que certos quadros não se fechem de modo patológico. (Jerusalinsky, 2015, pp. 103-105).

Jerusalinsky (2015) destaca, além disso, os mais de 40 anos de produções teóricas psicanalíticas que contribuíram e contribuem com a prática com bebês, permitindo a produção de critérios para a detecção de risco e ressaltando as diferenças entre um adulto e uma criança, em termos de desenvolvimento e constituição psíquica.

Nessa direção, a autora identifica o que se faz essencial à prática da detecção de risco, a saber: um olhar para além do que é da ordem orgânica – isso implica notar que o bebê precisa se tornar alguém se apropriando de um corpo que entra em relação com o campo simbólico que o precede.

É essencial para essa prática, também, ainda conforme Jerusalinsky (2015), englobe uma formação a respeito das operações básicas e complexas de constituição psíquica, que dê condições para que os profissionais não se pautem exclusivamente em diagnósticos psicopatológicos ou em renúncias frente ao sofrimento, a exemplo do que se percebe em afirmações como: “Ih! Esse não vai aprender nada, mesmo... É TDAH!” ou “Ainda não fala com um ano e meio? Vamos esperar, porque o tempo resolve isso”. Tais assertivas nos colocariam alheios ao que podemos operar no tempo da constituição, encobrando o que há de mais peculiar na produção daquele bebê em seu contato com o mundo que o rodeia.

A prática da detecção de risco é compreendida aí como uma posição de abertura em relação ao tempo da infância como possibilidade de inscrições diversas, incluindo os aspectos psíquicos, genéticos e neurológicos.

Ao mesmo tempo, é necessário não atrelar o dispositivo clínico com bebês ao discurso social de adequação e cumprimento de tarefas, que Jerusalinsky (2002, p. 22) chama de “inserção social calcada na corrida do triunfo individual”. Segundo essa autora: “[...] o laço pais-filhos está permeado pelo sintoma social de cada época. E, como na nossa, a promessa do quando você crescer... fica conjugada à ameaça de um não há lugar para todos, parece não haver tempo a perder na preparação de um bebê [...]” (Jerusalinsky, 2002, p. 22).

A clínica com bebês, para a autora, contrapõe-se a esse funcionamento pautado pelo ideal de triunfo e “ocorre a partir do ponto em que os ideais sobre a maternidade, a paternidade e a primeira infância encontram um fracasso em sua realização” (Jerusalinsky, 2002, p. 23). Nesse sentido, destaco que a detecção de risco está atrelada teoricamente à aposta da clínica com bebês, sendo preciso considerar, ainda com Jerusalinsky (2002, p. 23), que “o trabalho clínico [...] opera pela escuta, sustentação e intervenção dos interrogantes pelos quais cada pai e mãe ficam singularmente implicados com seu filho”.

Apesar de apontar a experiência clínica com bebês como contraponto aos ideais de triunfo individual, estamos testemunhando arranjos complexos entre a promessa preventiva que a detecção de risco traz, em especial na formalização de instrumentos preditivos de risco como os Irldi, com o ideal de saúde mental do futuro.

Isso implica dizer que compreender que alguns bebês se constituem de uma maneira menos patologicamente cristalizada e outros mais já é pensar acontecimentos e arranjos dessa vida humana em constituição a partir de um critério que separa saúde e doença, normal e patológico. Se aos fóbicos, autistas ou psicóticos do futuro será dirigida uma ação

de prevenção no presente, como situaremos a escuta e a teorização da constituição das diferentes estruturas psíquicas (neuroses, psicoses, perversões, autismos)?

3 Regra, Lei e impossível

Iniciamos a discussão passando pela detecção de risco e chegamos aos três termos que compõem o título: regra, Lei e impossível. Do ponto de vista do psicanalista e seu trabalho clínico desenvolvido com a primeira infância, estamos embaraçados com a definição e construção das noções de regra, Lei e impossível. Entramos aí em um diálogo que está longe de consenso, ou melhor, do apaziguamento de certos conflitos, não é sem tensões esse campo.

No cenário da detecção de risco para o sofrimento psíquico, há algum tempo se desenvolve esse debate, e os elementos (1) regra, (2) Lei e (3) impossível vêm sendo escolhidos como chaves de leitura para mapear os conflitos desse campo. Essa é uma proposição sustentada a partir de uma leitura do nó borromeano, sendo que esses elementos poderiam ser abordados a partir da tripartição Real, Simbólico e Imaginário, conforme o ensino de Jacques Lacan.

Consideremos, no sentido de sustentar de que ponto partimos para discutir tais registros, as elaborações de Vorcaro (2004/[1997], p. 65) acerca dessas noções lacanianas:

R - O real é isso em que o inconsciente se sustenta, portanto, a coisa inapreensível, este cúmulo de sentido que constitui enigma, o único quinhão de saber que se tem. Enquanto dimensão pura de existência (Há), é obstáculo do qual nada pode ser deduzido. A incessante impossibilidade de se dizer disso qualquer coisa faz com que esse existente sustente a repetição do indefinível.

S - O que faz com que o real possa ser tomado como ponto mergulhado e situável num lugar do espaço é o simbólico (Há discernível). O termo que o escreve em sua ausência, que lhe confere incidência no campo discursivo, sem o qual nada se diria, permite a veiculação cifrada que o envolve, produzindo o deslizamento significativo substitutivo deste inapreensível, coincidindo com ele, sem equivaler a ele: há um.

I - O reflexo dessa coisa, pelo que a representação responde, suspendendo esse deslizamento com uma intuição, com um sentido que toma o corpo. Trata-se do Imaginário que, no homem, faz a consistência do que o rodeia, na mesma relação de reificação em que é capturado pela imagem do seu corpo. O imaginário é a condição de representação desse ponto e de sua circulação, no que ele é “como se fosse x”, parecido com outros e, portanto, dessemelhante a outros: Há semelhança. É o que lhe atribui uma relação definível, que o liga a outros, consistindo numa rede de semelhanças e dessemelhanças. A realidade deste representável é o que lhe permite deslocar-se de representação em representação, onde refrata o discernível em propriedades de semelhança e de dessemelhança.

Se esses registros devem ser sempre lidos a partir de sua lógica de enodação, vale lembrar-se da irreduzibilidade presente ao convocarmos o impossível de ser dito, ao mesmo tempo em que ausência e presença desse impossível constroem a linguagem. Falar de uma constituição subjetiva em um bebê é ação não-toda possível de realização na/pela Lei (linguagem) e menos ainda passível de acordo com as regras compartilhadas culturalmente (imaginário).

A inspiração para a abordagem dos termos regra, Lei e impossível, da qual decidimos colher frutos, foi uma postagem de uma psicanalista que trabalha com a primeira infância. Nela, Mariotto² nos demonstra o quanto essa questão é profícua:

A proibição, ou o interdito, tem como função recobrir o impossível. Produzir um interdito para recobrir um impossível, um Real, permite sustentar o desejo. Uma operação simbólica se impõe ao Real. Nesse sentido, uma regra é a expressão imaginária coletiva daquilo que sobra diante da Lei e do Impossível. Vale lembrar então que se a Lei é cultural, a regra é social e o impossível é estrutural. Às vezes, o excesso de regras acaba por fragilizar ou tornar opaco o interdito. Sendo assim, nem sempre quem obedece a uma regra está submetido à Lei, assim como nem sempre quem desobedece uma regra não está submetido à Lei! Mas todos estão aí fadados ao inexorável impossível.

Dialogando com a afirmação de que as regras por vezes fragilizam e deixam opaco o interdito, seguimos no presente artigo citando a publicação de um ato legislativo de uma cidade no interior de Minas Gerais. Trata-se do trecho a seguir, extraído do *Diário Oficial* do Município de Uberlândia.³

O PREFEITO MUNICIPAL, Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º Fica acrescido ao art. 164 da Lei nº 10.715/15 que “Institui o Código Municipal de Saúde”, o inciso XVIII, com a seguinte redação: “Art. 164 [...] XVIII - garantia da aplicação de instrumentos de triagem de desenvolvimento infantil, IRDI aplicável em crianças de 0 a 18 meses, M-Chat aplicável em crianças a partir de 18 a 36 meses, bem como outros instrumentos que venham a surgir, possibilitando, assim, o rastreio do Transtorno do Espectro do Autismo”. Art. 2º Esta lei entra em vigor em 60 (sessenta) dias da data de sua publicação.

Esse ato estabeleceu, em forma de lei escrita, a garantia de que os bebês de 0 a 18 meses (e seus cuidadores, responsáveis pela função materna) sejam avaliados por meio dos Indicadores Clínicos de Risco Para o Desenvolvimento Infantil (doravante Irdi) e que as crianças a partir de 18 até 36 meses passem por avaliação por meio do M-CHAT. Os objetivos

² Recuperado em 8 abril, 2018, de <https://www.facebook.com/rosamaria.marinimariotto/posts/1711497565596336>.

³ Na seção dos Atos do Poder Executivo – Administração Direta – Leis Ordinárias. Trata-se da edição n. 5.257, publicada na terça-feira, dia 14 de novembro de 2017. Recuperado de http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/18049.pdf.

dessas avaliações são (i) o rastreio do Transtorno do Espectro do Autismo⁴ (doravante TEA), com uma visada diagnóstica que parte da classificação diagnóstica e, portanto, centrada do modelo psiquiátrico de diagnóstico; e (ii) a triagem, partindo dos resultados obtidos na aplicação dos dois (dentre outros possíveis) instrumentos, significando a suposição de uma circulação desses bebês e crianças, mesmo que na lei não esteja explícito qual seria o local para onde iriam os triados.

Para o presente trabalho, interessa problematizar o uso dos Irdi que é citado no trecho da lei municipal, lembrando a intrincada constituição dos indicadores, sendo estes um marco da relação entre dois campos distintos e conflituosos: a saúde mental na primeira infância, como política pública, e a noção de clínica psicanalítica com bebês.

Ocorre que a lei municipal em questão foi proposta sem que qualquer diálogo e problematização do tema tenham sido mobilizados durante sua proposição. Não houve momentos de encontro para construção dessa ação política, não houve debates entre os diferentes saberes que discutem teoria e prática de saúde com bebês e que atuam na cidade, não houve uma chamada entre os atores da promoção de saúde pública do município para estruturar as melhores maneiras de acesso dessa prática em cada território, não houve participação de outros setores que também poderiam contribuir com a discussão para além da saúde, ou seja, a educação, o judiciário e o desenvolvimento social.

Vale problematizar se não estaríamos então no campo da fragilidade e opacidade do interdito, como propôs Mariotto, ou seja, numa pregnância da regra em detrimento do espaço para a divergência nas proposições de ação política com a primeira infância e para o vazio que se escancara quando do encontro entre desses diferentes elementos discursivos. Evitou-se o encontro com a alteridade e, portanto, evita-se a singularidade e a particularidade como motor de uma clínica que se pauta nos desencontros entre o ideal do que se espera do bebê (regra compartilhada) e a realização (posição de dupla falta, pela linguagem e pelo real).

Retomamos a Lei Federal n. 13.438, de 26 de abril de 2017:⁵

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º: “Art. 14. [...] § 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção,

⁴ Em 2014, com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o TEA foi alocado como um transtorno do neurodesenvolvimento. Vale assinalar sua definição nesse Manual (p. 31): “caracteriza-se por deficit persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo deficit na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos deficit na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e ou atividades”.

⁵ Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>.

em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico.” (NR). Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Foi em diálogo com essa Lei Federal, publicada anteriormente e fruto de longas discussões, debates e relatos de prática com bebês e seus cuidadores, que a proposta municipal se estabelece. Porém, apesar da estrutura textual guardar semelhanças entre as duas ações legislativas, vemos que de um texto para o outro há uma dissonância que se estabelece em especial no que tange aos objetivos, compreensão do tema em questão e de que maneira mobilizar as unidades de saúde para que se faça cumprir com a proposta da lei federal. Trata-se aí da diferença entre rastreio e triagem – propostas pelo município citado – e detecção e acompanhamento de risco para o desenvolvimento – proposta federal.

A questão abordada até aqui pode ser mais bem descrita do seguinte modo: uma lei (regra jurídica) garante que a detecção de risco e a noção de sofrimento psíquico que a Psicanálise propõe seja colocada a trabalho? Partir daí é comprometer-me com os efeitos da circulação do discurso psicanalítico no mundo, ainda que uma direção de tratamento esteja condicionada a uma transferência singular, é importante dimensionar os efeitos de um uso equivocado de um instrumento que tem em seu cerne a teoria de constituição do sujeito proposta pela Psicanálise. Um instrumento que propõe e leva a pensar o crescimento, a maturação e o desenvolvimento sem desatrelar esses elementos da noção de sujeito do inconsciente.

Sendo mais claro em relação ao equívoco: os Irdi não são propostos como um instrumento para realizar diagnóstico de TEA, não se espera de alguém que o estude e que o eleja como instrumento de trabalho que realize rastreamento de autistas ou qualquer tipo de triagem no estilo encaminhamento para o lugar correto. Essa afirmação se sustenta por conta da clínica psicanalítica, de onde se decantou os indicadores da noção de psicopatologia que a Psicanálise sustenta.

Ainda assim, algo na discursividade, que os Irdi produziram, tornou possível que seu uso fosse assim proposto, e nós psicanalistas que atuamos com bebês e seus cuidadores precisamos nos haver com essas consequências no campo discursivo da Psicanálise, em especial nos diálogos e respostas que produzimos com e para a saúde mental.

4 Idealizando a vida dos bebês, futuros adultos

Para a Psicanálise, desde Freud, não há humano sem conflito, sem divisão subjetiva, e por isso não há cura para o humano; na medida em que a Psicanálise propõe a hipótese do inconsciente, não se centraliza mais na razão consciente o ordenamento e as vivências dos afetos, passando esse registro ao estatuto de atravessado pelos efeitos das formações do inconsciente.

Um dos que discutem o efeito da hipótese do inconsciente na visão do objeto psicopatológico é Costa-Pereira (2009), que nos aproxima da complexidade do sofrimento humano ao discutir a questão diagnóstica como uma visada universal, ou seja, o atravessamento pelas paixões, pelos excessos, pelo padecimento, pela passividade, não é exclusivo daqueles que comumente chamamos de doentes. Segundo o autor, Freud propicia uma “desnaturalização dos processos psicopatológicos e, sobretudo, uma ‘desnologização’ da psicopatologia. Passa a ser concebível uma psicopatologia da vida cotidiana” (Costa-Pereira, 2009).

Costa-Pereira (2009) demonstra como a noção classificatória mais comum do diagnóstico nos aproxima de uma igualdade entre o termo *pathos* e o termo grego *nosos*, ou seja, sua polissemia de *pathos* (passividade, padecimento, sofrimento, paixão) é substituída num processo metafórico pelo sentido da materialidade objetiva fenomênica do sintoma, que dependendo de sua recorrência será classificado como desordem/transtorno.

Foi de grande importância para o presente trabalho lembrar com Dunker e Kyrillos Neto (2011) que existiu durante um bom tempo uma ligação vigorosa entre Psicanálise e Psiquiatria quando o assunto era diagnóstico, e que

Afirmar que a ruptura entre psiquiatria e psicanálise se dá em função de critérios de cientificidade mais ou menos positivistas é jogar pelas regras de um jogo ultrapassado. Argumentar em torno da oposição entre técnica e ética, criticar o deslocamento do método de investigação para a tecnologia de pesquisa (Eriksen; Kress, 2004) no fundo confirma o humanismo datado que atravessa a psicanálise, e a confina a defender uma posição que não é de fato posta em seus próprios termos. O importante é entender como as regras daquilo que estamos dispostos a contar como racional, no dispositivo social que é o diagnóstico, foram alteradas, muito recentemente, dispensando a concorrência de paradigmas e forçando falsas oposições. (Dunker & Kyrillos Neto, 2011, p. 11).

Para os autores, se há contribuição possível para a Psicanálise nessa discussão sobre diagnóstico, é “na medida em que [a Psicanálise] permite uma abordagem racional do subjetivo, do singular e dos aspectos irreduzíveis a grandes leis gerais sobre o sofrimento humano”. Eles esclarecem ainda que para isso é preciso “atravessar tanto a pertinência das objeções políticas quanto o rigor das críticas epistemológicas que se expressam na formulação do DSM-III [quando se rompe o laço entre Psicanálise e Psiquiatria], sem recuar para a posição anterior de compromisso semiológico diagnóstico” (Dunker & Kyrillos Neto, 2011, p. 11).

Com essas provocações em mente, é importante debater de que maneira interessa o diagnóstico psiquiátrico para a construção dos Irdi. Sabe-se que no decorrer da Pesquisa Multicêntrica que deram origem a estes, em específico nas últimas etapas da pesquisa, foram realizadas avaliações com objetivo de diagnóstico das crianças que apresentavam

ausência de indicadores na fase de entrevistas anteriores. É por meio desse trabalho com os dados posteriores frutos das avaliações que foi possível validar os indicadores para predição de risco de desenvolvimento.

No que diz respeito à política pública de saúde mental, há uma pregnância do discurso psiquiátrico, em especial no que diz respeito ao diagnóstico por intermédio dos manuais classificatórios e na possibilidade de mensurar as políticas públicas a partir da epidemiologia. Um dos indicadores de produtividade de unidades de saúde é o registro de diagnósticos e procedimentos adequados a eles, sendo as subvenções e financiamentos relacionados com as classificações diagnósticas e as práticas da política pública sendo avaliadas em termos de produtividade a partir desses meios estatísticos. O que é normal e patológico permanece como uma questão de saúde pública, sendo que promover saúde mental ainda é um ato que está atrelado e implicado com a noção de desordem/transtorno mental.

É nessa direção que os trechos de atos legislativos trazidos no início do artigo apontam que sua intenção é garantir uma prática de rastreamento e triagem no campo da política pública de saúde. A ideia de rastrear, pelo diagnóstico, possíveis bebês com transtorno do espectro autista, revelando um desejo de prevenção higienista, pautado na lógica de apagamento de sintomas, adequação do que é diferente à norma estabelecida pelos dados estatísticos. Diagnosticados os bebês, qual o próximo passo? É preciso pensar no que seria um fluxo para esses pequenos, supostamente adoecidos da mente, que seriam triados para um local de tratamento para se adequarem. Um novo modo de exclusão da diferença travestido de prática da clínica precoce.

Posto que a perspectiva da Psicanálise com a primeira infância propõe uma prática de detecção de risco, cabe mencionar o trabalho de Fukuda (2014a, pp. 26-27), no qual a autora realiza uma revisão do termo prevenção, “sob a visada da Psicanálise”, diferenciando essa posição da política pública em saúde mental. Em seu texto, alinham-se três aspectos da prevenção proposta pelo campo da saúde (i) “a estatística e os critérios de risco”, (ii) “o lugar dos conhecimentos estabelecidos” e (iii) “a lógica segundo a qual tais práticas operam” (Fukuda, 2014a, p. 27).

[...] sabemos que, no âmbito das políticas públicas, dados objetivos e estatísticos norteiam a formulação de planos e projetos de prevenção. A partir de estudos sobre a incidência e prevalência epidemiológicas são estabelecidos critérios de risco que correlacionam variáveis de pertença a determinados grupos conforme as probabilidades de ocorrência de problemas de saúde na primeira infância, sendo tais critérios de natureza científico-política que dirigem o rumo dos investimentos. (Fukuda, 2014a, p. 27).

Cabe seguir com a autora em suas reflexões a respeito da prevenção em Psicanálise, já que o protocolo Irdi está sendo apontado nos trechos como instrumento dessa ação. Trabalhando com os três aspectos já citados, Fukuda (2014a, pp. 27-28) aproxima-os de uma

lógica preventiva sob a égide da ética do bem-dizer, prerrogativa da Psicanálise. Segundo ela, “na clínica, há que se acautelar, [...], em tomarmos a generalização panorâmica retratada pela estatística como um critério de leitura particular” e “que as certezas estatísticas não venham obliterar a escuta de uma singularidade”. A autora também discute o segundo ponto afirmando a possibilidade de

uma ação orientada pelo fazer o Bem, pela aplicação de um conhecimento científico pode, sob determinadas condições, ter como efeito a destituição do saber dos pais ou dos responsáveis pelos cuidados primordiais – saber este que é o fio armador da simbolização para o bebê. (Fukuda, 2014a, p. 28).

Em terceiro lugar, Fukuda (2014a, pp. 28-29) apresenta a relação lógica entre causa e efeito que é inerente à noção de prevenção. O funcionamento pode ser descrito como propõe a autora: “a partir da constatação de um problema ou doença, empreendem-se pesquisas sobre os mecanismos causadores do quadro e, então, elaboram-se ações preventivas”, existe um porém em relação a essa lógica quanto ao campo do psiquismo. Para a autora, a temporalidade impõe esse porém, já que não se opera de maneira linear, mas dialética:

não podemos falar em um determinismo causa-efeito de uma ação do passado sobre o presente, senão que um determinado acontecimento adquire valor psíquico somente a partir de relações posteriores estabelecidas com outros eventos, e que passa a significar diferentemente a cada novo rearranjo, sob efeito da retroatividade. (Fukuda, 2014a, p. 29).

Para referenciar as premissas da prevenção de que se trata sob a égide da Psicanálise, Fukuda (2014a, pp. 29-30) cita Crespín (2004, pp. 171-176):

prevenir não consiste em antecipar o aparecimento de um sintoma (sendo preciso dar lugar a uma possibilidade de sentido, muitas vezes simbolizado em um sintoma, por meio da escuta atenta); prevenir também não é fazer desaparecer um sintoma, mas dar a ele seu valor de palavra ao que nele ainda não pôde ser falado; e que prevenir é dar chance de elaboração, através da elaboração da demanda pelos pais (ou cuidadores primordiais).

A autora propõe uma prevenção sem visadas à garantia de um futuro para o bebê, mas uma prevenção “a serviço da possibilidade de advento de uma enunciação própria”, visando aos efeitos de circulação da palavra, prevenindo possíveis defesas maciças de proteção do psiquismo (Kupfer *et al.*, 2012, pp.11-12 *apud* Fukuda, 2014, p. 30).

Entendemos que o discurso estabelecido pela Psicanálise acerca da clínica com bebês desvela que o *pathos* em questão não está dado de antemão, ou seja, é preciso uma entrada nesse campo discursivo para implicar sua noção de prevenção.

Seria possível, pensando com Rabello (2012, pp. 168) e sua afirmação de que “as crianças têm o destino traçado pela mentalidade de sua época”, uma leitura dos trechos

de atos legislativos anteriormente citados como domínio sobre a coisa primeira infância? Como discutir os efeitos sobre o objeto-sujeito do campo em questão: as crianças em seu tempo de infância, nas intervenções posicionadas no tempo da constituição do sujeito. Se o discurso é o que inventa uma infância em determinada época, que infância inventamos ao dar ênfase a um “rastreo do autismo”, como quem abre um campo de batalha contra uma psicopatologia dada de antemão e contra a qual devemos nos prevenir?

Fukuda (2014a, p. 29) problematiza frontalmente a problemática ao afirmar que

a prevenção se coloca a serviço das ideologias dominantes que atravessam cada cultura, que no limite sustentam e determinam as modalidades de intervenção preventiva existentes nas áreas de educação e saúde nas sociedades. O termo prevenção toma a dianteira e antecipa um modelo de cidadão desejado, conforme os ideais do Estado, ou conformado a eles.

Pareceu fundamental abrir diálogo com o texto de Veiga-Neto (2015) chamado “Por que governar a infância?”. Nele, o autor trabalha diferentes noções trazidas por Foucault para, no fim de seu breve trabalho, tentar responder à pergunta provocativa com a qual se propôs trabalhar. A tentativa aqui é a de dialogar com esse outro campo de saber na tentativa de situar a Psicanálise em sua circulação discursiva.

O autor pensa sua questão a partir de três focos: (i) o da transversalidade – “trabalhar atravessadamente, obliquamente, transversalmente, cruzadamente” (Veiga-Neto, 2015, p. 50); “procurar sair dos trilhos do pensamento convencional, é exercitar o pensar de outros modos. Isso não é o mesmo que ‘ser do contra’ ou ‘ser contra’ os outros modos de pensar. Em vez de ir contra a corrente, talvez o melhor seja girar e desviar-se daquilo que todos, na corrente, tomam como tranquilo, natural e bem sabido” (Veiga-Neto, 2015, p. 50); (ii) o do governo – “quando alguém conduz a conduta de outro(s) ou de si mesmo” (Veiga-Neto, 2015, p. 51), sendo diferente da instância macropolítica, ainda que sofra e exerça atravessamentos nela; (iii) o da educação – “ação pela qual uns (que partilham uma mesma cultura) conduzem os outros (que se situam fora dessa cultura) – esses outros são aqueles que ainda não estavam aí, os recém-chegados: os estrangeiros, anormais, estranhos e, no nosso caso aqui em discussão, as crianças” (Veiga-Neto, 2015, pp. 53-54).

Vale lembrar que o autor faz questão de diferenciar violência e poder, para que possamos nos atentar ao fato de que o governo em questão, em detrimento do que poderíamos julgar como bom ou ruim, trata-se de uma inserção necessária na cultura. Nas palavras de Veiga-Neto (2015, pp. 54),

[...] enquanto a violência impõe, viola, quebra e destrói, o poder negocia, se autojustifica, dobra e constrói. Enquanto a violência se dá antagonicamente, o poder se dá agonisticamente. Se a violência não se sustenta numa racionalidade intrínseca à própria ação violenta, o poder precisa de um saber cuja racionalidade necessariamente participa da ação poderosa. A violência

se dá sem consentimento de uma das partes e até contra o sentimento da parte que sofre; o poder se dá com o consentimento e com o sentimento das partes envolvidas. Se a violência é sempre negativa, o poder é positivo porque produz (ou fabrica) uma alma [...].

Os discursos circulantes no campo da saúde mental infantil alimentam o governo dos indivíduos, já que “é justamente no discurso que vêm se articular poder e saber”. Sendo o governamento da ordem do poder e não da violência, como situar o poder disciplinar que se coloca em jogo no diagnóstico e triagem de bebês?

Faço uma hipótese: pensar nosso trabalho como psicanalistas, sendo também um modo de governamento da infância, ou seja, fazemos parte dos que governam a infância “a fim de que aqueles que não estavam aí passem a estar aí, de modo que aqueles que não faziam parte da nossa cultura passem a fazer parte dela, a fim de que os não integrados integrem-se a nós” (Veiga-Neto, 2015, p. 55). Porém, sabemos que esse governamento tem seus limites no que discutimos na primeira seção do presente artigo como o impossível na constituição do sujeito, posição ética diante do intangível.

Sigo em frente com uma das últimas provocações de Veiga-Neto (2015, p. 56): “[...] governa-se a infância com o objetivo de conduzi-la para determinados ‘lugares’ numa cultura, para determinadas posições numa sociedade e para determinadas formas de vida já partilhada por aqueles que já estavam aí”. Qual é o lugar do autista em nossa cultura e para quais posições estamos supondo triar – para usar uma palavra presente na legislação citada – esses bebês? Quais os modos de vida estamos supondo, organizando e desejando para alguém diagnosticado autista?

5 Considerações finais

Discutiu-se até aqui a posição problemática que ocupa a legislação municipal de Uberlândia, pela via do seu *Diário Oficial*, que torna obrigatório o uso dos Irldi para triagem e diagnóstico de autismo.

Pelo que foi apresentado no presente artigo, essa posição é um equívoco teórico que a lei municipal comete. Pode-se concluir que tal equivocidade é fruto da inexistência de diálogo que desse embasamento, algo que tornasse o ato legislativo legitimado e reconhecido.

Conclui-se que o ato legislativo municipal discutido no presente texto revela posição deveras problemática para ambos os campos (Psicanálise e política pública de saúde mental), por sugerir que todas as crianças entre 0 e 18 meses de vida devem ser expostas ao processo de aplicação dos Irldi, uma ação que tem efeitos nos operadores de constituição que constituem esse instrumento.

Ainda colhendo frutos da questão que dá título para o presente trabalho, não é de se considerar que por si a existência de leis escritas não garante a política pública que delas se depreende? Que isso exige desejo e direção de trabalho? Relembra-se aqui da Constituição de 1988, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),⁶ de 1990, da Rede Nacional Primeira Infância, de 2010, da Política Pública em Saúde Mental Infanto-Juvenil, de 2014. Todos esses marcos legais estão registrados, escritos, e já não é sem tempo que sejam pactuadas suas aplicações na tentativa de fazer valer o fato de que “o Brasil é signatário dos tratados e das convenções sobre direitos humanos, reconhecidos no texto constitucional e nas medidas legislativas dele decorrentes”, também vale ressaltar que o país tensionava, mesmo antes do estabelecimento do ECA e por meio de movimentos sociais e esforços do Poder Público, “para colocar em prática as recomendações da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1945) e da Declaração dos Direitos da Criança (1959), consagrando valores baseados no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes” (Ministério da Saúde, 2014, p. 11).

Referências

- Agência Senado. (2017). *Lei determina avaliação pelo SUS de riscos ao desenvolvimento psíquico de bebês*. Recuperado de <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/04/27/lei-determina-avaliacao-pelo-sus-de-riscos-ao-desenvolvimento-psiquico-de-bebes>.
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L., & Monteiro, T. P. M. (2010). A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In E. P. P. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 33-45). São Paulo: Ed. Hucitec.
- Bernardino, L. M. F., & Mascarenhas, C. (Orgs.). (2002). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* (p. 60). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde* (p. 156). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Cavalcanti, A. E., Escobar, A. M. de U., Fingermann, D., Kupfer, A. C. M., & ROCHA, P. S. (2008). Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In R. Lerner & M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 49-62). São Paulo: Escuta.

⁶ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

- Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Editorial. (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 7-25. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142003002001>.
- Fukuda, J. E. (2014). Considerações a respeito da prevenção em saúde mental na primeira infância. In M. C. M. Kupfer, L. M. F. Bernardino & R. M. M. Mariotto (Orgs.). *De bebê a sujeito: a metodologia Irdi nas creches* (pp. 25-32). São Paulo: Escuta/FAPESP.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In M. Kamers, R. M. M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Bernardino, L. M. F., Jerusalinsky, A. N., Rocha, P. S., Lerner, R., & Pesaro, M. E. (2008). A pesquisa Irdi: resultados finais. In R. Lerner & M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 221-230). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B. et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 6(1), 48-68. Recuperado de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf.
- Pereira, G. A. F. F. (2016). *O rastro do sujeito do inconsciente pelos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.
- Pereira, M. E. C. (2009). O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê. *Estados Gerais da Psicanálise*. Recuperado de <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>.
- 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 da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rabello, S. (2012). A serviço de que pode estar a detecção precoce do autismo?. In M. C. M. Kupfer, L. M. F. Bernardino & R. M. M. Mariotto (Orgs.). *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 165-174). São Paulo: Escuta/FAPESP.
- Vorcaro, A. M. R. (2002). Prefácio – Sobre o tempo, estímulo e estrutura. In J. Jerusalinsky. *Enquanto o futuro não vem: a Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês* (pp. 11-20). Salvador: Ágalma.

Resumo

Este artigo versa sobre a detecção de risco de sofrimento psíquico em bebês proposta pela Psicanálise, extenso campo de teoria e prática. Por meio dos termos regra, Lei e impossível, foi exequível ler os desdobramentos da circulação dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi) na elaboração de um ato legislativo no município de Uberlândia – Minas Gerais. O modo de trabalho encontrado para realizar esse debate foi a revisão bibliográfica, que se apresenta no texto, afastando a ideia de uma lei como um fato encerrado no texto da legislação e nos aproximando da ideia de um acontecimento discursivo que precisa ser compreendido em suas relações de tensão e impasse e em suas consequências para os campos citados.

Palavras-chave: Saúde mental. Primeira infância. Detecção de risco. Sofrimento psíquico.

Risk Detection with First Childhood: Rule, Law and Impossible

Abstract

This article deals with the detection of the risk of psychological distress in infants proposed by Psychoanalysis, an extensive field of theory and practice. Through the terms rule, Law and Impossible, it was possible to read the developments in the circulation of the Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDI) in the elaboration of a legislative act in the city of Uberlândia – Minas Gerais. The way of work found to carry out this debate was the bibliographic revision that appears in the text, moving away the idea of a law as a fact closed in the text of the legislation and approaching the idea of a discursive event that needs to be understood in its relations of tension and impasse and its consequences for the fields mentioned.

Keywords: Mental health. Early childhood. Detection of risk. Suffering.

Détection de risque avec la première enfance: règle, droit et impossible

Résumé

Cet article traite de la détection du risque de détresse psychologique chez les nourrissons proposé par Psychanalyse, un vaste domaine de la théorie et de la pratique. À travers les termes règle, loi et impossibilité, il a été possible de lire l'évolution de la circulation des indicateurs cliniques de risque pour le développement de l'enfant (IRDI) dans l'élaboration d'un acte législatif dans la ville d'Uberlândia – Minas Gerais. La manière de travailler pour mener à bien ce débat était la révision bibliographique qui apparaît dans le texte, éloignant l'idée d'une loi comme un fait clos dans le texte de la législation et abordant l'idée d'un événement discursif qui doit être compris dans ses relations. de tension et d'impasse et ses conséquences pour les domaines mentionnés.

Mots-clés: Santé mentale. Petite enfance. Détection du risque. La souffrance.

Detecção de riesgo con la primera infancia: regla, ley e imposible

Resumen

Este artículo versa sobre la detección de riesgo de sufrimiento psíquico en bebés propuesto por el psicoanálisis, extenso campo de teoría y práctica. A través de los términos regla, Ley e Imposible, fue posible leer los desdoblamientos de la circulación de los Indicadores Clínicos de Riesgo para el Desarrollo Infantil (IRDI) en la elaboración de un acto legislativo en el municipio de Uberlândia – Minas Gerais. El modo de trabajo encontrado para realizar ese debate fue la revisión bibliográfica que se presenta en el texto, alejando la idea de una ley como un hecho encerrado en el texto de la legislación y acercándonos a la idea de un acontecimiento discursivo que necesita ser comprendido en sus relaciones de tensión e impasse y en sus consecuencias para los campos citados.

Palabras clave: Salud mental. Primera infancia. Detección de riesgos. Sufrimiento psíquico.