

UM AMBULATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

GIMOL BENZAQUEN PEROSA ⁽¹⁾

Universidade Estadual Paulista - Botucatu

O ambulatório de desenvolvimento nasceu de uma demanda médica. Os médicos queriam dados sobre o desenvolvimento de alguns tipos de crianças:

- a) aqueles que possuíam síndromes genéticas com prognósticos de retardo intelectual;
- b) as crianças chamadas de alto risco que, devido a condições pré ou perinatais podem ter um atraso no desenvolvimento (as prematuras, as que tiveram anóxia de parto, macrocefalia etc...);
- c) aquelas que já apresentavam um leve atraso em uma das áreas, por exemplo, a motora (não sentavam sem apoio com 8 meses) e era preciso saber do desenvolvimento global, e,
- d) as que tinham um atraso global já detectado na consulta médica, como por exemplo, as crianças com paralisia cerebral.

Os objetivos do encaminhamento eram diversos: em alguns casos interessava o diagnóstico (tem ou não um atraso no desenvolvimento); nos outros, esperava-se orientação e encaminhamento.

Se, por um lado, esta demanda representava uma possibilidade de trabalho conjunto de dois profissionais com um mesmo paciente (uma possibilidade de integração), nos moldes em que era feito o pedido de avaliação (um profissional encaminha o prontuário do paciente ao outro e estes nunca se encontram), poderia significar enviar informações que não tínhamos certeza de como seriam decodificadas. São bastante conhecidos de todos os efeitos prejudiciais que as avaliações já tiveram ao categorizar indivíduos como deficientes, diminuindo as expectativas que se tem com relação ao seu desempenho e limitando suas capacidades de escolha.

Por outro lado, sabemos que um diagnóstico bem feito possibilita encaminhar as crianças com déficits no desenvolvimento a serviços mais adaptados ao seu repertório (por exemplo, fisioterapia, fonoaudiologia, psicopedagogia, classes e escolas especiais) que diminuem seu stress e melhoram suas condições de desenvolvimento.

Optou-se, então, por manter o serviço como um ambulatório didático, isto é, onde

⁽¹⁾ Depto de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina

o residente que encaminha os casos à psicologia está presente nas avaliações, discutindo o caso (a necessidade do encaminhamento, as relações com as teorias do desenvolvimento, a orientação) e observando a avaliação. Nem sempre se consegue que ele assista ao caso que ele encaminhou mas, semanalmente, durante um mês, ele vê casos semelhantes.

Passaremos, agora, a descrever como vemos o processo de avaliação.

Para nós, a avaliação se compõe de dois momentos distintos: a avaliação propriamente dita e a orientação.

No primeiro momento, faz-se uma observação o mais ampla possível do sujeito em questão para poder interpretar os dados à luz dos enfoques teóricos que possuímos.

Não se pode esquecer, então, que a situação de consulta é artificial, que observamos um recorte do comportamento e que, muitas vezes, temos que completar os dados com informações de quem acompanha a criança.

Gesell, um dos pioneiros da avaliação de crianças pequenas, dizia que se tratava de um momento de observação e descrição oportuna, onde se criavam as condições e se oferecia material específico para poder obter o máximo de dados. (Gesell e Amatruda, 1987).

É neste momento que o psicólogo precisa optar por um dos instrumentos de que dispõe para fazer a avaliação. São razoavelmente conhecidas a escala de Brazelton (1973), para avaliar crianças de 1 dia até 1 mês, a escala de Gesell, a escala de Bayley do Desenvolvimento Infantil, o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (T.T.D.D.) e, para crianças maiores, as escalas de Stanford-Binet, entre outras (Horowitz, 1982).

Em nosso serviço, optamos por utilizar, com crianças pequenas, as duas escalas mais conhecidas no meio médico, seja ao nível da prática de consultório, seja ao nível da pesquisa: a Escala de Gesell e a de Denver.

No geral, estas escalas avaliam quatro aspectos específicos do desenvolvimento: o motor (especialmente nas escalas para crianças menores que estão passando por um período das grandes aquisições motoras), o adaptativo (que engloba o motor fino, as discriminações, as soluções de problemas etc...), a linguagem (a recepção e emissão) e o pessoal social (que testa alguns aspectos da socialização e de independência em atividades de rotina). As escalas de crianças maiores centram-se mais especificamente na linguagem e no aspecto adaptativo, compreendendo memória, abstrações, raciocínio matemático, elaboração parte-todo etc... Neste trabalho, focalizaremos mais especificamente as avaliações de crianças pequenas (até 4 anos), população majoritária do nosso ambulatório.

Não resta dúvida de que os aspectos pinçados por essas escalas são fundamentais nesta fase do desenvolvimento. Estamos no estágio sensório-motor de Piaget e a resposta motora é um pré-requisito fundamental para o desenvolvimento do comportamento exploratório, da independência manual e das manipulações mais complexas. Criar-

ças com paralisia cerebral nos mostram, após um período de fisioterapia, que o controle motor que adquire lhes possibilita demonstrar uma integração de respostas e habilidades adaptativas que parecia inexistente. A resposta motora ainda é pré-requisito para avaliar o sujeito submetido ao teste: seja apontado, manipulando peças, falando ou mesmo dirigindo o olhar.

Portanto, em um período de aquisições motoras muito rápidas (segurar a cabeça, sentar, engatinhar, andar...) o desenvolvimento desta área tem uma importância fundamental pela sua integração com áreas que nos interessam mais: a adaptativa e a linguagem.

O desenvolvimento adaptativo, segundo Horowitz (1982), envolve a capacidade da criança de aprender a relação entre eventos no ambiente e responder ao meio em termos dessa relação. As relações aprendidas variam segundo o estágio em que a criança se encontra: sensorio-motor, pré-operatório, operatório e de operações formais. Como foi dito em relação ao motor, o desenvolvimento desta área sofre influências marcantes das outras áreas de desenvolvimento, assim como as influencia. É bastante conhecida a relação adaptativo-linguagem apontada por autores como Vygotsky (1984), assim como adaptativo-social, por exemplo, quando a aquisição da conservação e da reversibilidade do objeto ajudam a superar o apego (Rossetti-Ferreira, 1984).

A avaliação da aquisição da linguagem, no período em que ela está se instalando, também é fundamental, visto que se trata de peculiaridade do desenvolvimento humano, com suas características simbólicas e criativas. De um primeiro ano prioritariamente receptivo e de balbucios, passa-se às primeiras palavras, a imitações recorrentes, à formação de frases, identificação de ações, declarações, perguntas, relatos etc...

Apesar de haver, nas escalas, itens para a avaliação da área social (ou sócio-emocional), nesta parte, no geral não se utiliza o método de observação mas a investigação junto aos pais de como ocorre, em outros ambientes, a independência com relação ao comer, dormir, vestir... como são seus hábitos sociais, em que fase do apego se encontra, como se dá a relação com companheiros de mesma idade, se briga pela posse etc...

A interação é desprezada pelas escalas. As escalas que apresentam esquemas gráficos, ao desenhar o adulto interagindo com a criança, esquematizam apenas um pedaço de braço dando apoio ou oferecendo um objeto, sem levar em conta que se trata de processo dinâmico.

Uma revisão da literatura básica dos estudos com crianças pequenas mostra que a interação tem ganho grande relevância nas pesquisas que investiguem esta faixa etária nos últimos anos. Sabe-se que em parte a interação foi deixada de lado pela dificuldade em operacionalizar o conceito. No entanto, é também crescente o número de escalas que têm surgido com este propósito. Citamos, a título de exemplo, a Escala de Observação dos Marcos Emocionais de Greenspan (1991) com uma preocupação crescente em dar referentes operacionais aos sinais emocionais existentes entre mãe-filho. Ou, ainda, a Escala RAF

de Bobigny, citada por Mazet (1993), elaborada por uma equipe de pediatras, psicólogos e psiquiatras com a finalidade de avaliar aspectos da interação durante a consulta pediátrica, a partir das trocas corporais, visuais, vocais e de sorrisos. Segundo Mazet, a observação dessas interações comportamentais permite captar várias nuances da mutualidade, reciprocidade ou sincronia entre os parceiros interativos.

Com estes recursos, voltamos ao campo da observação na consulta. Não que os dados trazidos pelos pais não interessem. Eles acabam revelando como se dá a interação em momentos de crise (por exemplo da alimentação e do sono), impossíveis de serem observados pelos profissionais no ambulatório e que complementam o que pode ser visto na sessão.

A observação dessas interações entre a mãe e o filho, ou entre a mãe e o avaliador (o estranho) não são novas aos profissionais que trabalham com o diagnóstico. Nos é comum observar a ansiedade da mãe frente ao desempenho do seu filho, quão contígua é sua resposta aos apelos dele, se a criança responde quando interpelada pelo avaliador etc... São comportamentos que fazem parte daquilo que se chama avaliação informal ou avaliação qualitativa. Propomos, agora, que essas observações tenham um *status* tão importante quanto a avaliação dita formal, que façam parte obrigatória da avaliação.

A observação das interações, acrescida dos dados sobre como a criança reage à situação de aprendizagem (por exemplo, o que faz quando erra, quanto pede de ajuda do adulto, se tenta novamente, se desiste, se chora...) são fundamentais para a orientação.

Em nosso ambulatório, estamos tentando operacionalizar a perseverança, a independência, a sincronia, a criatividade na adaptação das orientações etc... para que o residente de pediatria possa facilmente observá-los na consulta.

Após essa coleta de dados com o material sugerido pelas escalas passamos para a interpretação dos dados.

No que toca à interpretação dos dados coletados, procuramos basear-nos mais em critérios que provenham das teorias do desenvolvimento do que em tabelas estatísticas. Apesar do interesse no grau de atraso, o nosso interesse maior é colher uma linha de base que poderá ser útil na orientação e identificar possíveis contingências que geraram o quadro. Alguns atrasos mostram falhas ao nível biológico, outros estão denunciando uma inadequação do meio (muito restrito, com ambiguidade nos limites...) outros, ainda, são adaptações a momentos de crise, como é o caso das regressões observadas quando do nascimento de um irmão. A análise das contingências tem que ser o mais ampla possível já que está claro para nós que o paciente da nossa consulta não é só a criança mas a diáde mãe-filho representando, naquele momento, a família e a comunidade mais ampla.

Discutem-se muito com o residente as contingências que levaram ao atraso e principalmente a necessidade, ou não, de intervenção. Sentimos que nossos alunos de medi-

cina têm uma tendência a proceder normativamente, isto é, querem atestar o atraso e querem uma tabela de sugestões de intervenções imediatas para superar as falhas, assim como fazem quando verificam qualquer índice fora do normal nos exames laboratoriais. Nem sempre é fácil para eles lidar com a subjetividade e relatividade dos casos, com a análise de uma ampla forma de fatores que não se restringem à criança/ou mãe e até com a impossibilidade de intervenção.

Passaremos, agora, ao segundo momento: a orientação.

Como os casos encaminhados a nós são graves, poucas vezes em nosso ambulatório a orientação tem sido elucidar a família e o médico que o atraso da criança faz parte do desenvolvimento normal ou que a criança tem apenas um ritmo mais lento. Na maioria das vezes, temos que pensar em intervenção. De uma época em que só se recomendava intervenção quando a criança fosse maior (3/4 anos idade, quando as instituições aceitavam recebê-las) estamos falando hoje de intervenção na própria UTI de berçário. No entanto, há muitos médicos que ainda são bastante céticos quanto aos programas de intervenção. Bennett e Guralnick (1991) acreditam que isto se deva ao fato das avaliações dos programas de intervenção ainda mostrarem dados inconsistentes e ao alto custo destes programas. A revisão levada a cabo por eles sobre os vários programas de intervenção americanos mostrou, por exemplo, que:

- ainda há várias contra-indicações quanto aos programas de estimulação iniciados na própria UTI;
- que as intervenções com crianças de risco só mostram bons resultados quando são intensivos, de longa duração, com intervenção tanto ao nível de criança, como a da família e;
- que as intervenções com crianças com incapacidades já instaladas têm um impacto modesto sobre o QI mas podem trazer mudanças positivas sobre a qualidade de vida da criança, dependendo de alguns fatores: a idade de início, o envolvimento familiar, a disponibilidade de serviços amplos e a severidade de deficiência.
- Idade de início. Quanto antes se iniciar a intervenção, segundo Guralnick (1991) mais se reduzem as possibilidades de comportamentos inadequados (estereotípias, jogar tudo longe...) e as disfunções nas relações pais e filhos.
- Severidade da deficiência. Como era de se esperar, as pesquisas levadas a cabo por Bricker e Dow, citados por Bennett e Guralnick (1991), mostram que quanto mais severamente retardada a criança menos responsiva ela é.
- Serviços amplos. Os programas que se preocuparam com o desenvolvimento global e não apenas com a limitação primária da criança (seja ela cognitiva, motora, ou de linguagem) tiveram maior impacto. Uma criança com síndrome de Down, por exemplo, tem que ser trabalhada ao nível do cognitivo, do motor, do fonológico mas não se pode esquecer o aspecto nutricional, o lazer, o convívio com outras

crianças etc...

- O envolvimento da família. Dentro da avaliação feita, o envolvimento familiar não tem sido considerado como um elemento fortemente associado aos melhores resultados sobre a criança com distúrbios de desenvolvimento. Só há um modesto impacto quando a criança e a família fazem parte, conjuntamente, dos programas de intervenções precoce.

Segundo os autores, isto se deve, principalmente, ao papel que tem sido reservado aos pais nestes programas. Eles participam de sessões informativas e têm a função didática, no lar, de intensificar o tipo de trabalho que está sendo realizado nas sessões terapêuticas. Equivale àquilo que chamávamos, nos programas de modificação de comportamento de pais, de papel de para-profissional. Se a atuação dos pais permite menos visitas aos serviços especializados e uma estimulação mais constante, temos detectado também vários problemas. Em muitos casos, é mais uma situação de conflito familiar, tendo, de um lado, crianças manipulando a hora, a quantidade e mesmo a realização dos exercícios e, de outro, pais extremamente ansiosos em realizá-los e com muita culpa quando surtem pouco efeito. Temos, inclusive, encontrado pais que se tornam verdadeiros especialistas "fiositerapeutas" e "fonoaudiólogos", tendo a estimulação como objetivo principal do contato com seu filho, o que nos parece ser uma forma defensiva de lidar com uma criança deficiente, com a qual é difícil saber exercer a função de pai e mãe.

Atualmente, o trabalho com os pais visa principalmente o fortalecimento natural das relações pais-filhos ao invés de estimular os papéis terapêuticos e didáticos. Visa-se principalmente apoiar as famílias e torná-las mais competentes e independentes, tanto em relação a encontrar formas de estimulação para os problemas do desenvolvimento, como para cuidarem das relações emocionais, sociais, afetivas das quais sua criança também precisa.

Dunst e colaboradores (1986) notaram uma conexão bastante positiva entre esses procedimentos de apoio destinados a fortalecer a família e os resultados sobre o desenvolvimento da criança.

Em nosso ambulatório temos muitas dificuldades ao sugerir intervenções. Grande parte de nossa clientela não mora em Botucatu. O nosso hospital atende pessoas que vivem até a 300 km de distância, que vêm em ônibus oferecidos pelas prefeituras numa periodicidade determinada por elas.

Temos, no hospital, um serviço de fisioterapia, fonoaudiologia e psicopedagogia de boa qualidade mas com alta demanda o que implica sessões muito espaçadas. Os pais ainda são utilizados como para-profissionais.

A idéia da Secretaria da Saúde é que estas crianças, após a avaliação, sejam reencaminhadas às cidades de origem para o tratamento mais regular. E é então que percebemos que não temos catálogos com listagem de todos os serviços disponíveis nas cidades de onde provém nossa clientela; que muitas das cidades não

têm nenhuma estrutura básica de atendimento para problemas de atraso de desenvolvimento (fisioterapia, fonoaudiologia) e nem mesmo uma APAE, e, que se esta existe não aceita crianças muito dependentes ou menores de 3 anos.

Ficamos, então, em muitas ocasiões restritos a orientações de estimulações básicas sugeridas por nós e adaptadas pelos pais às suas reais condições, aos contatos bimestrais para reavaliarmos o caso e as adaptações feitas, às discussões dos problemas das relações que surgem entre pais e filhos e às orientações mais específicas da fisioterapia, da fonoaudiologia e da terapia ocupacional. A avaliação incipiente de uma pesquisa que estamos realizando mostra que mesmo com estas circunstâncias temos dados positivos, especialmente nas adaptações e nas formas criativas como os pais têm procurado criar condições para as estimulações, com conseqüente melhora no desenvolvimento das crianças. Mas sabemos que não são todos os pais que conseguem oferecer essas condições, que isto depende das suas possibilidades e da gravidade do quadro do filho. Por isso continuamos precisando de recursos regionalizados.

Para finalizar, gostaríamos de enfatizar que a importância da avaliação do desenvolvimento tem sido reconhecida pela própria Secretaria da Saúde do Estado que está propondo a avaliação do desenvolvimento como parte integrante da consulta pediátrica nos postos da rede. Nosso ambulatório, integrante de uma Faculdade de Medicina, está preocupado em habilitar os residentes para essa nova função, enfatizando o que aqui foi dito, isto é:

- que a avaliação propriamente dita só tem sentido se for acompanhada da orientação;
- que as escalas normativas tem como maior utilidade possibilitar condições de observação do repertório da criança e não a simples categorização em normal e atrasada e,
- que a consulta pediátrica é uma situação oportuna para observar o desenvolvimento em todos os seus aspectos, incluindo o interativo.

Referências Bibliográficas

- Brazelton, T. B. (1973) *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London: Heinemann.
- Bennett, F. C. e Guralnick, M. J. (1991) Eficácia da intervenção sobre o desenvolvimento nos primeiros cinco anos de vida. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 6, 1587-1602.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Cross, A. H. (1986) Mediating influences of social support: personal, family and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-409.
- Gesell, A. e Amatruda. (1987) *Diagnóstico do Desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guralnick, M. (1991) The next decade on the effectiveness of early intervention. *Exceptional Children*, 58, 174-186.
- Greenspan, S. I. (1991) Avaliação clínica dos marcos emocionais na latência e na primeira infância. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 6, 1437-1452.
- Horowitz, F. D. (1982) Desenvolvimento da criança para o pediatra. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 397-414.

- Mazet, Ph. (1993) Les interactions entre le bébé et ses partenaires: quelques réflexions sur leur évaluation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (3/4), 126-133.
- Rossetti-Ferreira, M.C. (1984) O apego e as reações da criança à separação da mãe. *Cadernos de Pesquisa*, 48, 3-19.
- Vygotsky, L. S. (1984) *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.