

Detecção Precoce de Sinais Clínicos de Risco para um Desenvolvimento Psíquico Sustentável

Dra. Inês Catão¹

“A profilaxia contra a psicose é, portanto, uma responsabilidade dos pediatras, se estes ao menos o soubessem.” Winnicott, 1975

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil na maior parte dos países, e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano.

Falar em desenvolvimento integral e sustentável da criança implica o reconhecimento de que este desenvolvimento é tanto físico quanto psíquico, e que eles estão imbricados. O corpo da criança e o seu funcionamento psíquico se constituem ao mesmo tempo. Não há um sem o outro. E nenhum dos dois se constitui sem que um laço (vínculo afetivo) se estabeleça entre a criança pequena e outro ser humano cuidador.

O desenvolvimento humano e a constituição do psiquismo não são operações naturais muito embora quando um bebê vai bem ele nos faça pensar que seu desenvolvimento está se dando de modo natural. O bebê é um ser ativo desde o nascimento. Ele participa do laço com o outro cuidador não apenas aceitando como tomando a iniciativa da interação, desde o nascimento.

A experiência clínica prova que não basta que o tempo passe e que a criança cresça em quilos e centímetros para que o desenvolvimento ocorra como esperado. Todo o entorno em que o bebê nasce (família, circunstâncias, cultura...) tem uma função específica no desenvolvimento das suas relações. O seu desenvolvimento *depende* dessas

¹ Inês Catão é médica, psiquiatra infantil da SESDF, coordenadora da equipe de Psiquiatria do Hospital da Criança de Brasília, co- coordenadora da Pesquisa PREAUT Brasil em Brasília, psicanalista, pós-doutora em Psicopatologia clínica pela Universidade de Nice (França), autora do livro “O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo” (SP: Instituto Langage) e de vários artigos publicados em revistas e livros especializados no Brasil e na França, escritora. Email: cataoines@gmail.com

relações. A divisão psique – soma é, portanto, artificial. Assim, quando uma criança adoece fisicamente é preciso considerar também a dimensão simbólica do sintoma pediátrico que ela apresenta. Como o bebê ainda não fala, ele inscreve no corpo seu sofrimento psíquico. Este “novo” modo de pensar o desenvolvimento ainda não faz parte da formação de médicos nem de educadores. É preciso qualificar o cuidado na Primeira Infância com esta “nova” visão.

Os transtornos psíquicos na infância não são irrelevantes, mas sim, menosprezados, deixando um grande número de crianças sem assistência adequada. Cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde mental infantil não são diagnosticados na Atenção Básica por ausência de capacitação dos profissionais que aí atuam.

Transtornos psíquicos acometem crianças na Primeira Infância, inclusive bebês no primeiro ano de vida: anorexias, bulimias, depressão, autismos, psicoses. Precisamos estar aptos a identificá-los e a intervir ou encaminhar o mais a tempo possível.

Para que nossos esforços dos últimos anos não surtam um efeito contrário e indesejável de *patologização* da infância é preciso ressaltar que um sinal clínico de risco sozinho não é suficiente para o diagnóstico de uma patologia. Antes dos três anos, trata-se de detectar a presença de sofrimento psíquico na criança. A título de exemplo, o *desvio ativo de olhar* em um bebê é um sinal muito sensível de sofrimento psíquico - o sinal Preaut do 4º mês, proposto por M.-C. Laznik, e merece a atenção do profissional. Porém, apesar de ser também um sinal específico para autismo, como constatou a Pesquisa Preaut na França, acontece em bebês com outros tipos de dificuldade. Deste modo, sozinho, o *desvio ativo de olhar* não permite o diagnóstico de autismo mas deve nos fazer considerar que a criança pode estar atravessando algum tipo de impasse em seu desenvolvimento psíquico. É preciso sempre escutar os pais e/ou cuidadores e a própria criança, e considerar o sinal de risco no contexto desta escuta.

Receber crianças ainda no primeiro ano de vida permite diagnosticar o sofrimento psíquico e o risco de evolução psicopatológica, assim como intervir a tempo de reverter o rumo e a instalação de patologias precoces e graves como os autismos e as psicoses infantis (JERUSALINSKY, 1988; ROCHA, 1997; INFANTE, 1997).

Até pouco tempo, acreditava-se que o diagnóstico de patologias graves só podia ser estabelecido depois que a criança atingisse dois anos e meio (CROSSLEY e cols., 1997). Mas pesquisas recentes apontam para a possibilidade de detecção aos 18 meses

(BARON-COHEN e cols., 1992) e até mesmo mais cedo, aos 4 meses (LAZNIK, 1999). Parceiros da pesquisa PREAUT, os pesquisadores da Fundação Stella Maris em Pisa, Itália, verificaram através do estudo de vídeos familiares que o bebê que vai receber, posteriormente, o diagnóstico de autismo apresenta diferenças já no primeiro ano de vida. (MURATORI, 2014).

É preciso aprender a ler os sinais de sofrimento do bebê. Não é necessário aguardar a cristalização dos sintomas em um corpo que dá sinais de seu sofrimento para só então intervir.

Para além da qualidade de vida das crianças é importante assinalar que, em termos econômicos, a detecção clínica precoce de risco psíquico para o desenvolvimento infantil diminui a demanda futura por atendimentos em saúde, contribuindo para a diminuição do gargalo hoje verificado nos serviços especializados e para a diminuição dos gastos com saúde em geral, e com saúde mental em particular, tanto pelas famílias quanto pelo Estado.

Os profissionais da Primeira Infância podem fazer a diferença no desenvolvimento psíquico de uma criança. Como afirmou Winnicott (1978/1952) sobre o papel dos pediatras: “A profilaxia contra a psicose é, portanto, uma responsabilidade dos pediatras, *se estes ao menos o soubessem*.” Gostaríamos de estender a afirmação de Winnicott para os educadores da Primeira Infância.

Entendemos que a saúde mental é construída sobre os alicerces fundados na Primeira Infância e quiçá antes dela. O Brasil precisa implantar serviços relacionados à detecção do sofrimento psíquico na criança pequena e à prevenção dos transtornos mentais na Primeira Infância – ou incluir esta perspectiva nos programas existentes. Já dispomos de instrumentos para isso: os sinais Preaut do 4º e do 9º mês e os IRDIs.

UMA PROPOSTA PRÁTICA EM CURSO: O PROJETO PILOTO DO COMPP²

O Projeto Piloto intitulado *Detecção e Intervenção Precoce em Bebês com risco de Autismo e Outros Transtornos Psíquicos, e seus Pais* é uma iniciativa pioneira no DF que se encontra em curso no COMPP (SES-DF) desde agosto de 2012. É composto por duas partes:

² COMPP – Centro de Orientação Médico-psicopedagógico é o Serviço ambulatorial, multidisciplinar, de referência na SESDF para atendimento a crianças e adolescentes com graves transtornos psíquicos.

1. Assistencial: o *Ambulatório de Bebês* que recebe crianças de zero a três anos para diagnóstico e tratamento.

São considerados público-alvo: crianças entre zero e três anos de idade, sobretudo dos grupos de risco: crianças irmãs de crianças autistas; crianças com histórico de prematuridade; crianças que apresentem malformações congênitas e/ou crianças sindrômicas (Síndrome de West, Síndrome de Down e outras).

2. Capacitação Profissional

2.1 Treinamento em Serviço

Profissionais treinandos da EAPSUS (FEPECS) participam da prática clínica supervisionada no *Ambulatório de Bebês* do COMPP uma vez por semana (turno de 5 horas), durante seis meses renováveis por mais seis, conforme interesse de ambas as partes. A cada quinze dias participam também de um seminário teórico-clínico para discussão de casos, fora do horário de atendimento.

São considerados público-alvo do Treinamento em Serviço: residentes de Pediatria e de Psiquiatria; pediatras e neuropediatras; psiquiatras e psiquiatras infantis; outros médicos; psicólogos e profissionais da Atenção Básica de Saúde.

O objetivo geral do Treinamento em Serviço é qualificar a prática clínica de profissionais que lidam com crianças pequenas, em particular na primeiríssima infância (zero a três anos), para a detecção clínica de risco e a intervenção terapêutica ou encaminhamento implicado o mais a tempo possível.

O *Ambulatório de Bebês* ocorre desde agosto de 2012. Desde o fim de 2015, passou a integrar o Programa de Residência em Pediatria de dois hospitais do DF: o H. Ceilândia (HRC) e o H. Sobradinho (HRS). Para além da discussão dos casos clínicos atendidos no COMPP, pretendemos discutir com os residentes casos clínicos de Pediatria sob a perspectiva aqui assinalada.

2.2. Estudo de Caso Ampliado

Uma vez por mês uma escola da SEEDF é convidada a expor o caso de uma criança que frequenta o ensino público e também é atendida no COMPP, para discussão clínico-pedagógica com outros profissionais da SEEDF, do COMPP e dos CAPSis. A reunião tem lugar em espaço cedido pela FEPECS.

O objetivo geral do Estudo de Caso Ampliado é a capacitação dos profissionais da SEEDF em saúde mental, em particular para a detecção clínica e a intervenção ou encaminhamento implicado e, também, o estreitamento da parceria entre Saúde e

Educação. O modelo aqui adotado é o do Grupo Ponte do Lugar de Vida (SP) e a noção de educação terapêutica.

2.3. Matriciamento

“Todo artista deve ir onde o povo está.”

Uma vez por mês nos reunimos com a equipe do Programa de Educação Precoce da SEEDF no CEE 2 do Plano Piloto. Discutimos alguns casos de crianças que a equipe julga apresentarem dificuldades de ordem psíquica e atendemos juntos uma ou duas crianças.

No segundo semestre de 2016 pretendemos iniciar também reuniões mensais abertas aos professores da Escola Classe 405 Norte sobre as dificuldades com os alunos.

Através destas propostas práticas brevemente comentadas o Projeto Piloto em curso no COMPP (SESDF), vem há 4 anos buscando:

1. Qualificar a assistência em saúde mental à Primeira Infância na rede do SUSDF;
2. Fortalecer a rede de atenção à saúde mental da criança no SUSDF;
3. Servir de incubadora para um novo modelo ambulatorial em serviços públicos de saúde mental no SUSDF e
4. Multiplicar a prática da detecção e da intervenção precoces nos serviços já existentes na rede de saúde do SUSDF.

Na contramão destas premissas, nosso *modus vivendi* das últimas décadas parece querer desconhecer o que há de particular em nossa humanidade. As propostas que apontam para cada sintoma um remédio e que visam a mudança comportamental das crianças sem escutá-las, não serão sem consequências para as próximas gerações. Não estaríamos diante do resultado na clínica de um crescimento econômico que não leva em conta a possibilidade de esgotamento dos recursos naturais, de danos ecológicos irreversíveis e o consequente comprometimento das gerações futuras, um crescimento em que os fins justificam os meios? (CATÃO, 2014)

Talvez ainda seja tempo de interrogarmos: *Que infância queremos hoje? Que infância queremos no futuro?*

Referências Bibliográficas:

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. (1992). “Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT”. *The British Journal of Psychiatry*, 161 (6) 839-843.

CATÃO, I. (2014) “Por um desenvolvimento psíquico sustentável: o corpo como resposta à invocação do Outro”. In: MURATORI, F.; LERNER, R. (Org.). *Os enlacs do corpo e da escrita: na criança e no adolescente*. São Paulo: Instituto Langage.

CROSSLEY, S. A. (1997). “Síndrome de Down e autismo”. In: BUSNEL, M.C. (org.). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* São Paulo: Escuta.

INFANTE, D.P. (1997). “O sujeito na clínica do desenvolvimento infantil”. In: *Estilos da clínica*, 2(3): 91-94.

JERUSALINSKY, A. et cols. (1988). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

JERUSALINSKY, J. (2014). “A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância”. Publicado no Blog do MPASP
------(2014). “ Para onde vamos com o autismo”. Publicado no blog do MPASP.

LAZNIK, M.-C., (1999) “Os Efeitos da Palavra Sobre o Olhar dos Pais, Fundador do Corpo da Criança”. In: WANDERLEY, D.B. (Org.) *Agora Eu Era o Rei: os Entraves da Prematuridade*. Salvador: Ágalma.

MURATORI, F. (2014). *O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras*. Salvador: NIIP.

ROCHA, P. S. (1997). “A função paterna revisada pela clinica do autismo”. In: *O espaço e o tempo na psicanálise*. São Paulo: Revista Pulsional – Centro de Psicanálise, ano X, n. 102, out. 1997.

WINNICOTT, D.W. (1978/1952). “Psicose e cuidados maternos”. In: *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.