

A clínica da psicose infantil e a pesquisa

Alba Lucia Reyes de Campos

Psicoterapeuta e mestra em Psicologia Clínica

O tema desta exposição reporta-nos às mesmas dificuldades e ao mesmo dilema que nos é apresentado quando recebemos um paciente e estamos atuando no campo da pesquisa. Temos que lidar com a própria angústia e a do paciente por não poder atender sua demanda de imediato, pois estamos presos a procedimentos predeterminados por protocolo de pesquisa do qual não podemos nos afastar sem comprometê-la. Entretanto, como coloca Rutter, clínica e pesquisa não são campos de trabalho antagônicos. “Ao contrário, pesquisa e prática clínica fazem parte de um mesmo empreendimento, e as condições para o sucesso em cada uma são similares. Assim, ambas podem ser vistas como viagens de descoberta envolvendo hipóteses a serem testadas, cuidadosa e sistematicamente, com a surpresa de descobrir alguma coisa inesperada, como parte essencial da recompensa pelo êxito.” Quando se recebe um paciente, fazem-se hipóteses diagnósticas que, muitas vezes, necessitam que o tratamento as confirme ou mostrem que estavam erradas; isso também ocorre na pesquisa, em que a hipótese inicial pode ser comprovada ou rejeitada.

O tráfico de idéias entre a prática clínica e a pesquisa deve ser de duas mãos. Pesquisas também necessitam questionar e desafiar conceitos clínicos.

Psiquiatras clínicos e administradores de políticas públicas, freqüentemente, querem pesquisas delimitadas pela prática clínica corrente, com prioridade especial na avaliação de métodos de tratamento empregados hoje. Mas, se quisermos aperfeiçoar a eficácia do tratamento, devemos conhecer os mecanismos envolvidos, porque um tratamento é efetivo nestas circunstâncias e não naquelas ou para estas condições, mas não para outro conjunto de problemas. Isto se consegue por meio da pesquisa.

Assim, na área específica da epidemiologia psiquiátrica infantil, os estudos de prevalência tanto de psicóticos quanto dos transtornos mentais em geral têm o objetivo de conhecer sua distribuição em uma dada população e fornecer dados para que os serviços públicos possam planejar ações de saúde e assistência médico-psiquiátrica tanto em nível de prevenção primária, secundária e terciária como na implantação de serviços de atendimento, de forma a serem efetivos e fornecerem uma resposta culturalmente compatível com a população-alvo. A realização de estudos de prevalência traz dados valiosos e indispensáveis para o conhecimento da morbidade da população.

Secundariamente, no Brasil, esses estudos resultam em uma expressiva ampliação do conhecimento científico sobre os fatores etiológicos e sobre a psicopatologia dessas condições. Esses dados são geradores de conhecimento e permitem formar recursos humanos.

É importante conhecer um breve histórico da epidemiologia psiquiátrica na infância. Somente na década de 50, começaram a ser realizados estudos de base populacional sobre a distribuição das doenças mentais na faixa etária pediátrica.

O primeiro estudo epistemológico sistemático em larga escala, no campo da psiquiatria infantil, foi o de Buffalo (USA), realizado por Lapouse e Monk em 1958.

Em 1964, Rutter e col. realizaram a primeira investigação epidemiológica de grande porte com foco em psiquiatria infantil (3.500 crianças e adolescentes da Ilha de Wight, situada próximo ao sul da Inglaterra). Os vários achados desse estudo, além de inovações metodológicas, trouxeram contribuições importantes. A avaliação da gravidade dos distúrbios, via prejuízo funcional, juntamente com sintomas específicos, aproximou os achados epidemiológicos dos clínicos e possibilitou a avaliação de quais sintomas seriam potencialmente graves.

Desde então, vários estudos são encontrados na literatura, mas muito poucos dizem respeito à nossa realidade. Nesse sentido, um único trabalho foi realizado no Chile por Brálio e col. (1987).

No Brasil, a referência mais importante quanto ao rigor metodológico de investigação foi o trabalho de Almeida Filho, realizado em Salvador, BA (1982, 1985). Além do trabalho de Almeida Filho, não foi possível localizar outro estudo realizado no Brasil e com a mesma temática e os mesmos objetivos.

Pensei em trazer para este simpósio dados recentes sobre a prevalência dos transtornos mentais no Brasil, no estado de S. Paulo, ou, no mínimo, no município. Mas esses dados não existem. Por essa razão, recorreremos a estudos anteriores. Em resumo, desde os primeiros trabalhos, os resultados apontaram para uma alta taxa de prevalência dos transtornos mentais na infância:

- Nos estudos de Almeida Filho, a prevalência global para o grupo em estudo foi de 23,2%.
- Rutter (Inglaterra) considera que 10% (taxa média) das crianças têm algum transtorno na área de saúde mental que necessita de algum tipo de atendimento.

- Offord e Fleming, 1996 (Canadá) – 12% das crianças até 18 anos.

Esses autores referem que, nas pesquisas comunitárias sobre saúde mental na infância e adolescência, a prevalência tende a aumentar com a idade.

A pesquisa psiquiátrica e os trabalhos de investigação epidemiológica dos transtornos mentais na infância e na adolescência têm características e dificuldades próprias:

- A criança não fala por si; suas dificuldades são “traduzidas” por um intermediário, que nem sempre o faz corretamente.
- Quando o informante é o próprio adolescente, e não mais a mãe, há um aumento da referência a transtornos mais subjetivos em detrimento àqueles relacionados a comportamento disruptivo.
- Questões como a comorbidade entre transtornos psiquiátricos e a padronização na definição de variáveis psicológicas e demográficas.
- Reconhecimento dos transtornos mentais pelos profissionais – apenas de 10% a 22% dos transtornos são reconhecidos pelos profissionais. (Giel e col., 1981)
- Problemas metodológicos importantes que ainda permanecem: a problemática da “definição de caso” levanta aspectos relativos à confiabilidade e à validade dos diagnósticos realizados.
- Grande amplitude de resultados: essa variação deve-se a diversos fatores, sendo de particular importância a metodologia utilizada para a definição de caso. Quando utilizados critérios do DSM-III, as taxas de prevalência variaram de 17,6% a 22% (Costello, 1989). Quando são incluídos critérios de prejuízo funcional (Rutter e Graham, 1968) ou necessidade de trabalho especializado (Vikan, 1985), a prevalência pode cair até 5%.

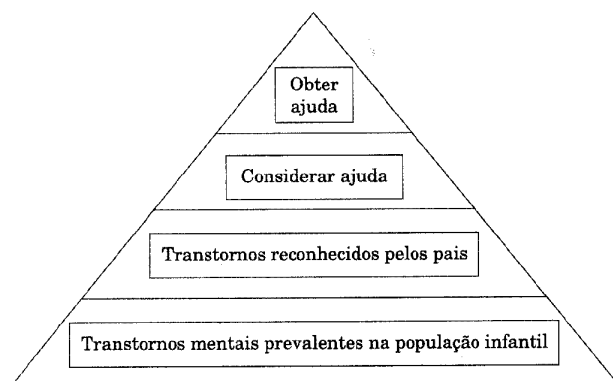


Figura 1 – Níveis e filtros na utilização dos serviços de saúde mental pela população infantil. Adaptado de Goldberg e Huxley, 1980. (Pavaluri, 1996)

- Dificuldade de conseguir um grupo-controle.

As estimativas de prevalência realizadas por meio de registros ambulatoriais não refletem a realidade, pois nem todas as crianças são levadas a esses serviços.

Goldberg e Huxley (1980) descreveram um modelo de níveis e filtros que explicam por que muitos doentes não chegam às instituições que realizam pesquisa. Esse modelo é usado para descrever como uma população trilha o caminho que vai do reconhecimento da patologia mental até a obtenção de atendimento psiquiátrico especializado. Os níveis seriam: a comunidade, a consulta médica e os serviços psiquiátricos. Para mover-se de um nível para o outro, é necessário que o paciente e sua família ultrapassem quatro filtros:

- decisão do paciente de ir à consulta;
- reconhecimento do problema pelo clínico;
- decisão do médico de encaminhar ao serviço psiquiátrico especializado;
- decisão do psiquiatra em tratar.

No caso de crianças, segundo Pavalure (1996), o caminho seria um pouco diferente. O reconhecimento dos problemas pelos pais seria o primeiro filtro; a seguir, os pais teriam que avaliar a necessidade de buscar ajuda. É muito pouco provável que a demanda por atendimento parta da própria criança. O filtro final seria cruzar as barreiras percebidas para obter atendimento.

Uma vez que foi decidido buscar ajuda e havendo acesso a serviços de saúde, outro indivíduo-chave entrará em jogo. O reconhecimento do problema pelo clínico geral (ou pediatra) e a decisão do mesmo em encaminhar o paciente a um serviço especializado são os outros filtros.

Pavalure (1996), estudando uma população de pré-escolares, encontrou como principais barreiras:

- “O problema melhorará por si mesmo.” – 79,4%;
- “Os pais sentem que têm capacidade para cuidar dos problemas sozinhos.” – 58,8%;
- acharem que os problemas são comuns;
- estarem mais preocupados com outro tratamento;
- sem deixar de falar sobre o “preconceito e a dor narcísica dos pais em admitirem que têm um filho com problema”, o que, em nossa experiência, é bastante relevante.

Morbidade em saúde mental na infância (Verhulst, 1990)

Características do levantamento de informações:

- Critérios de morbididade
 - Que conduta pode ser considerada normal?
 - Para que idade?
 - Patologias ou variação qualitativa/quantitativa?

Existe a necessidade de avaliar normalidade/ patologia na infância, adequando-a a cada grupo etário e catalogando a conduta detectada como patológica ou como uma variação quali-quantitativa da norma.

- Aspectos do desenvolvimento
 - Idades – O processo de desenvolvimento permeia toda a problemática da saúde (doença) mental infantil, pois um determinado sintoma ou comportamento pode ser normal em uma faixa etária e patológica em outra.
 - Procedimento de avaliação – escalas diagnósticas (desenvolvidas por meio da tradição psicométrica). Entrevistas clínicas (baseadas no exame clínico psiquiátrico).

Há a necessidade de se levar em conta que a validade e a confiabilidade das escalas diagnósticas podem estar comprometidas por numerosos problemas de ordem conceitual ou prática em sua construção, uso e interpretação.

- Escolher informantes
 - pais
 - professores
 - pediatras
 - crianças
 - Grau elevado de acordo
 - Favorecer multiinformantes
 - Saber o peso da informação

A escolha do informante também é fundamental. Eles devem ser pessoas de referência na vida da criança. São vários os trabalhos que apontam discordância entre informantes (Branderburg, 1989; Costello, 1989; Pedreira, 1993; Rutter, 1989).

É necessário obter dados de vários informantes, com a finalidade de uma descrição mais objetiva, o que pode ajudar a valorizar o peso específico de cada informação ao comparar os mesmos itens e as respostas a eles dadas pelos vários informantes.

O papel da pesquisa na modificação e aperfeiçoamento da prática clínica

A prática clínica deve mudar à luz de novas descobertas pesquisadas. Rutter afirma que se os profissionais querem permanecer clínicos competentes através do tempo é crucial que sejam treinados para entenderem métodos de pesquisa e serem capazes de avaliar relatórios de pesquisa. Isso porque a pesquisa constitui parte essencial do treino profissional, para tornar hábil o clínico a fazer uso do avanço das pesquisas.

A história da medicina ilustra com riqueza exemplos nos quais avanços no tratamento resultaram de

achados de pesquisa em áreas que pareciam não ter aplicação prática.

Dentre esses exemplos, encontra-se o autismo.

Embora Kanner (1943) tenha, inicialmente, postulado uma deficiência inata de contato afetivo, a síndrome foi considerada como uma precoce manifestação inusual da esquizofrenia, com anormalidades nos pais vistas como importante influência causal. Métodos de tratamento eram, principalmente, psicoterápicos, com os pais evidentemente culpados pela causa. Não havia escolas especiais e a educação não era considerada prioridade. Tudo isso tem mudado como resultado de achados de pesquisa. Tanto estudos clínicos quanto experimentais têm mostrado a importância de deficiências cognitivas básicas (Frith, 1989; Happé, 1994; Hermelin & O' Connor, 1970; Rutter, 1979, 1983). Tais achados dirigem o foco para abordagens comportamentais e educacionais e para o tratamento, e avaliações sistemáticas mostraram sua eficácia (Howlin & Rutter, 1987; Rutter, 1979). Eles, agora, constituem o principal do tratamento e em todo o mundo têm sido desenvolvidas escolas e classes especiais para crianças autistas.

Atualmente, aceita-se que o autismo usualmente tenha, na base, alguma forma de disfunção cerebral orgânica, embora continue uma incerteza sobre sua natureza, de qual é a neuropatologia subjacente. Hoje parece que somente 10% dos casos de autismo têm condição médica diagnosticável.

Estudo sistemático de gêmeos com autismo (Folstein & Rutter, 1977), com resultados atuais, mostram que o componente genético é muito forte. Pesquisas subseqüentes têm confirmado amplamente tal conclusão e é agora aceito que a responsabilidade da hereditariedade está subjacente em mais de 90% dos casos (Rutter, Bailey, Simonoff & Pickles, 1997). Desde então, o aconselhamento genético tem se tornado um elemento essencial no tratamento clínico do autismo.

Pesquisa e prática clínica: expectativas

Há a necessidade, cada vez maior, de muita integração entre os aspectos acadêmicos e clínicos da psiquiatria infantil. Um clínico que não faz, ou pior, ainda não está habilitado para tirar vantagem dos avanços da pesquisa, estará falhando com seus deveres.

É necessário maior desenvolvimento nas pesquisas quanto aos mecanismos causais, com achados que mudarão a prática clínica. Hoje, muito se conhece sobre os indicadores de risco, mas muito pouco sobre como os processos de risco operam.

Bibliografia

1. LAURIDSEN, E.P.P. Atenção à saúde mental infantil: um desafio às práticas de saúde – um olhar epidemiológico. S. Paulo, 1998. Tese de mestrado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
2. RUTTER, M. Interface between research and clinical practice in child psychiatry – some personal reflections: discussion paper. **J.Royal Soc. Med.** **83**: 444-7, 1990.
3. RUTTER, M. Practioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect. **J. Child. Psychol. Psychiat.** **39(6)**: 805-16, 1998.