

RESULTADOS

DE

PESQUISA

- * Instrumentos para o Acompanhamento e Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde
- * Intervenção nutricional a Desnutridos: Evolução Antropométrica Após um Ano de Programa
- * Sorriso em Bebês: Reação à Face Humana e a Vários Tipos de Degradações deste Estímulo

1**INSTRUMENTOS PARA O ACOMPANHAMENTO E
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE***

Arnaldo A. F. Siqueira¹
Denize Cristina de Oliveira²
Elaine Pedreira Rabinovich³
Neusa Guaraciaba dos Santos⁴

RESUMO

SIQUERA, A. A. F. *et al.* Instrumentos para o Acompanhamento e Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. II(2): São Paulo, 1992.

Apesar de se reconhecer que a influência do meio tem um papel importante no desenvolvimento biopsicossocial das crianças, a maior parte dos estudos realizados tem se reduzido ao desenvolvimento físico, ou a aspectos do desenvolvimento psicológico, devido ao que parece, não só a problemas conceituais, mas sobretudo a dificuldades metodológicas para a operacionalização de instrumentos de análise dos diferentes delatores que interferem no desenvolvimento geral da criança.

O presente estudo foi desenvolvido com crianças de zero a 24 meses de idade, residentes no subdistrito de Vila Madalena, inscritas no Programa de Saúde da Criança de um Centro de Saúde/Escola e suas respectivas famílias.

O acompanhamento dessas crianças foi efetuado pelo período de um ano, dentro do qual foram realizadas observações e entrevistas. A proposta metodológica obedeceu a uma tríplice ênfase: observação do desenvolvimento individual da criança, observação do desenvolvimento infantil na sua interação com as representações maternas: observação do desenvolvimento infantil situando-o no ambiente físico e social em que ocorre.

Buscou-se testar instrumentos de observação e entrevista que possibilitassem a sistematização do acompanhamento do desenvolvimento biopsicossocial infantil dentro de uma perspectiva integrativa.

São apresentadas análises operacionais preliminares dos instrumentos testados, bem como algumas incursões teóricas relativas às observações efetuadas.

I - INTRODUÇÃO

A proposta central deste trabalho parte da necessidade da área de saúde coletiva e saúde pública de definir seu objeto de atenção e

as estratégias para atingi-lo. Na medida em que as políticas e as consequentes estratégias de saúde coletiva evoluem, colocam-se novos desafios metodológicos e técnicos que devem ser enfrentados pelas áreas específicas, seja atra-

* Esta pesquisa foi desenvolvida, em grande parte, pela colaboração da Equipe Técnica do Programa de Saúde da Criança do Centro de Saúde Geraldo Paula Souza - FSP/USP; e ainda pelo financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa.

1. Pesquisador do CDH e Professor titular da Faculdade de Saúde Pública/USP.

2. Pesquisadora do CDH da Faculdade de Saúde Pública/USP.

3. Pesquisadora do Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser humano (CDH).

4. Pesquisadora do Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano (CDH) - Av. Dr. Arnaldo, 715 - Subsolo - São Paulo - 01255 - Fone: 280-3233 - Ramal 275.

vés da ampliação dos conhecimentos existentes, seja pela releitura e incorporação de conhecimentos de outras áreas.

É nessa perspectiva que se coloca o problema das técnicas utilizadas para acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança. Num primeiro momento da história da saúde materno-infantil o desafio se colocava na criação de técnicas que possibilitassem a avaliação do crescimento físico da criança e a predição de danos causados pela desnutrição; num segundo o acompanhamento do desenvolvimento psicomotor passa a ser o foco de atenção, colocando desafios técnicos e teóricos importantes na busca da confluência das áreas da psicologia e biologia.

Enquanto uma das resultantes do esforço de superação das limitações específicas, ou seja, a fragmentação do indivíduo na psicologia e o reducionismo biológico na área médica (na busca de um ser biopsicológico), torna-se evidente a impossibilidade de compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento fora do contexto social que o determina.

O que se configura então é um desafio interdisciplinar, onde os conhecimentos da psicologia, biologia e sociologia *strictu sensu* precisam ser relidos para a compreensão de um processo que se configura tão individual quanto social.

É nesse trabalho de compreensão e estabelecimento de “pontes” entre as diversas áreas de conhecimento que o presente estudo se coloca.

Partindo de um instrumental de orientação psicológica clínica, procurou-se um desenho metodológico de pesquisa em profundidade (essa decisão baseou-se na consciência da limitação do instrumental existente para acompanhamento do desenvolvimento). A opção pela pesquisa qualitativa é justificada pela necessidade de emergência do real, sem as amarras que o método coloca sobre o dado.

As possibilidades que se colocam para a leitura desses dados são muitas, como se pode

presumir. Procura-se nesse momento reconstituir a realidade à luz da psicologia, antropologia e sociologia, através de conceitos que façam a articulação das dimensões individual e social do processo de desenvolvimento infantil.

A Antropologia e a Sociologia trazem alguns conceitos que permitem a compreensão da criança enquanto ser social e o desenvolvimento infantil enquanto resultado de relações que se dão dentro de um grupo social determinado. A esse microambiente social nomeia-se “campo social”, segundo Bourdieu, que estabelece suas relações de acordo com um *habitus* de classe. O *habitus* regula as relações no “campo social” dado, através de relações de poder que se estabelecem a partir do capital cultural acumulado pelo grupo (Bourdieu, 1989).

O *habitus* de classe, por sua vez, é formado por representações (imagens) que os indivíduos fazem do mundo e através das quais constroem seu conhecimento do universo social.

O conceito de representação social tem suas origens na Psicologia Social e busca a confluência das motivações individuais e sociais nas ações do indivíduo, o que possibilita uma melhor compreensão das relações que a criança estabelece com seu primeiro núcleo social que é a família. A Antropologia, por sua vez, traz elementos teóricos ricos para que se possa compreender a família e o ambiente (entendido como espaço real e espaço potencial) enquanto locais de ocorrência do desenvolvimento da criança.

Da Psicologia do Desenvolvimento buscou-se os marcos teóricos básicos do desenvolvimento enquanto processo global que envolve os componentes cognitivo, afetivo, social e motor.

Os conceitos de “díade” e de “organizadores do desenvolvimento”, utilizados por Spitz, contribuem para a compreensão desse processo enquanto resultante da interação de elementos intrínsecos à criança e o estabelecimento progressivo de relações sociais.

As escalas e tabelas de desenvolvimento, como referido anteriormente, apresentam limitações enquanto instrumental básico de acompanhamento. Sua concepção é de orientação comportamental, o que pressupõe que o processo de desenvolvimento se limita a comportamentos pontuais observáveis, resultantes de uma média de dada população pesquisada. Se o desenvolvimento infantil é entendido enquanto processo interativo, ou seja, fruto da interação ambiente e sujeito, onde o ambiente se apresenta enquanto dimensão dinâmica, coloca-se como desafio a ampliação desse instrumental, procurando elementos que recuperem a visão ativa do processo.

Assim sendo, nosso objetivo foi identificar as condições concretas de ocorrência do desenvolvimento que, a nosso ver, se dão no cotidiano da criança, em seu meio familiar. Para tanto, desenvolvemos e elegemos instrumentos que pudessem possibilitar uma percepção direta do ambiente material e relacional familiar da criança.

Para isso, lançou-se mão dos conceitos enunciados e de instrumentos testados durante a fase de coleta de dados. Serão apresentados os resultados (em função dos objetivos da pesquisa) em análise descritiva, um primeiro momento.

Destaca-se, no entanto, a necessidade de continuidade da análise, na medida que a riqueza dos dados justifica o aproveitamento total das informações coletadas. Neste momento está-se descrevendo categorias empíricas apenas; uma análise teórica à luz do referencial apontado ainda deverá ser efetuada.

II - OBJETIVOS

Geral

Analisar métodos e instrumentos e desenvolver propostas operacionais de acompanhamento do desenvolvimento geral infantil em nível institucional, em uma população de crian-

ças na faixa etária de zero a 2 anos, residentes no subdistrito de Vila Madalena e inscritas no Programa de Saúde da Criança do Centro de Saúde Geraldo Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Específicos

- Verificar a aplicabilidade e o alcance da “Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento” (Ministério da Saúde), especificamente no que tange ao desenvolvimento de zero a 2 anos;

- Verificar a aplicabilidade e o alcance dos organizadores estabelecidos por Spitz como parte do instrumental de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos serviços de saúde;

- Verificar a aplicabilidade e o alcance de alguns indicadores da relação mãe-criança;

- Verificar a viabilidade de incluir características do ambiente doméstico (físico e relacional) como fator interveniente no desenvolvimento da criança.

III - PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A) Preparo da Fase de Campo

O desenvolvimento do projeto de pesquisa implicou no envolvimento da equipe de técnicos que atuam no Programa de Saúde da Criança do Centro de Saúde/Escola, visando o alcance de um dos propósitos centrais do estudo, qual seja, a integração da pesquisa ao serviço. Esse envolvimento foi feito através de reuniões entre a equipe de pesquisadores e os técnicos que participaram da fase de coleta de dados: três pediatras, duas enfermeiras e quatro auxiliares de saúde. Nessas reuniões foram apresentados e discutidos os detalhes metodológicos do projeto, aspectos de operacionalização da metodologia e o nível de envolvimento de cada profissional nas atividades de pesquisa.

Após as discussões optou-se por efetuar um treinamento dos técnicos visando o uso do instrumental e as técnicas de observação de crianças em consultório.

Esse treinamento foi efetuado com a coordenação de duas pesquisadoras, ambas psicólogas, contando com a participação dos três pediatras, quatro auxiliares de saúde e das enfermeiras; teve a duração de seis horas onde foram discutidos cada item do instrumento de acompanhamento do desenvolvimento (Ficha do Ministério da Saúde) e as técnicas de observação adequadas aos itens da Ficha.

Como etapa prévia ao treinamento, foram redefinidos alguns pontos da metodologia de pesquisa, visando melhor adequá-la à realidade do serviço onde foi realizada a coleta de dados, assim como buscando garantir os objetivos propostos. Tais alterações, no entanto, não descaracterizaram a proposta metodológica inicial.

Foram redefinidas as seguintes atividades:

- Análise do desenvolvimento a partir da ficha de acompanhamento: nesta atividade optamos pela realização das observações também no domicílio, o que não foi previsto no projeto inicial, buscando garantir uma maior homogeneidade no espaçamento entre avaliações. Observou-se que esses espaçamentos não estavam sendo garantidos em função de questões institucionais e pessoais das mães, quais sejam: greve de funcionários do Centro de Saúde, não identificação ou identificação errada de algumas crianças que estavam participando da pesquisa, falta da criança ao comparecimento agendado, etc. Esta constatação nos levou a optar pelo acompanhamento feito também no domicílio, uma vez que assim essas questões estariam controladas;

- Atividades efetuadas nos retornos: em função do processo dinâmico que é o acompanhamento de uma criança, contraposto a uma postura estática e rígida de avaliações transversais, optamos pela flexibilização das atividades efetuadas nos retornos. Essa flexi-

bilização implicou numa definição geral de atividades que foram efetuadas em todas as visitas domiciliares mantendo-se, no entanto, o número de retornos previstos inicialmente e a ocupação de um desses retornos apenas para a entrevista de representação.

As atividades comuns aos retornos foram as seguintes: complementar os dados de anamnese coletados na primeira visita; coletar dados de acompanhamento no que se refere a sono, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor, linguagem, jogos, rotina da criança, espaço físico e dinâmica familiar; observação da relação mãe-filho; observação dos comportamentos indicadores dos organizadores de Spitz e aplicação da ficha de desenvolvimento do Ministério da Saúde.

As alterações descritas acima mostraram-se plenamente factíveis, contribuindo para o desenvolvimento do projeto.

B) Desenvolvimento da Fase de Campo

O acompanhamento longitudinal em domicílio foi efetuado tendo por suporte alguns roteiros de observação acompanhados de instruções de aplicação. Esses roteiros são os seguintes:

- Ficha de acompanhamento do desenvolvimento e procedimentos para a observação dos comportamentos previstos;
- Procedimentos para observação dos “organizadores da psiu que”, segundo Spitz;
- Roteiro de observação do ambiente familiar;
- Anamnese da criança e da família;
- Roteiro de entrevista com mães quanto ao sentido atribuído ao desenvolvimento infantil;
- Roteiro de observação da relação mãe-criança;
- Anamnese de Acompanhamento.

A escolha do grupo de estudo foi efetuada após a definição de algumas variáveis

de inclusão, que buscaram garantir alguma homogeneidade ao grupo. São elas:

- Total do grupo de estudo de 60 crianças na faixa etária de zero a 12 meses e 28 dias, assim distribuídas:

- 0 30 crianças de ambos os sexos na faixa etária de zero a 5 meses e 29 dias;

- 30 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 6 meses a 12 meses e 29 dias;

- Inclusão preferencial de crianças que estavam sendo atendidas pela primeira vez no Centro de Saúde;

- Crianças residentes no subdistrito de Vila Madalena.

Foram definidos os seguintes critérios para exclusão de crianças do grupo de estudo:

- mudança de domicílio para fora da área geográfica delimitada;

- solicitação da mãe ou da família;

- ser cliente de um dos pediatras do Centro que não aceitou participar da pesquisa ou mudança para este durante a fase de coleta de dados.

O ponto básico da metodologia foi o acompanhamento longitudinal por doze meses de um grupo de crianças (inicialmente 60), prevendo-se uma concentração variável de atividades por faixa etária, quais sejam:

- quatro visitas domiciliares para anamnese da criança e família; observação do ambiente familiar; observação da relação mãe-filho e entrevista sobre o sentido atribuído ao desenvolvimento infantil, distribuídas a cada quatro meses de acompanhamento;

- cinco avaliações de desenvolvimento no 1º ano de vida (1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses) e quatro no 2º ano (15º, 18º, 21º e 24º meses);

- dois momentos de observação da relação mãe-criança no primeiro ano de vida e dois no segundo ano;

- três momentos de observação dos “organizadores da psique de Spitz”.

A formação do grupo de pesquisa teve início em 13/06/88 e término em 30/07/88. Foram efetuadas entrevistas prévias com cada

mãe, onde foram colocados os objetivos da pesquisa, forma de desenvolvimento da mesma e solicitação de autorização para inclusão da criança no grupo de acompanhamento.

A fase de coleta de dados teve início em julho/88, com a realização de visitas domiciliares, onde foram levantados dados relativos à anamnese da família e observado o ambiente familiar.

Durante a fase de coleta de dados os registros pertinentes foram feitos em relatórios de cada visita domiciliar, utilizando registro cursivo das observações e anotação padronizada na Ficha de Acompanhamento do desenvolvimento infantil.

IV - RESULTADOS PRINCIPAIS

Analise dos Instrumentos

Uma condição que perpassou todo o processo da pesquisa foi a situação de visita domiciliar. Esta situação influenciou no entrevistador e no entrevistado, criando um vínculo diverso do usualmente encontrado no atendimento à saúde, ou seja, dentro de um consultório/Centro de Saúde.

Logo no início, houve uma solicitação para que as mães permitissem a nossa ida às suas casas. Isso marcou uma atitude de despojamento do entrevistador e de valorização do entrevistado. Com isso, saiu-se de uma relação tipo clínico, onde o poder está centrado no profissional, para uma relação, no mínimo, bi-unívoca quanto ao poder e que poderia ser caracterizada de educativa.

Essa função educativa foi parcialmente confirmada pelas mães quando, por ocasião da última entrevista, perguntou-se o que acharam de participar da pesquisa. Muitas delas responderam ter achado muito bom por terem tido ocasião de conversar sobre o desenvolvimento do filho e de assim colocar questões e pensar sobre isso.

Esse não foi um objetivo da pesquisa, mas um achado que nos alertou para a importância tanto da visita domiciliar, quanto da forma de conduzir as entrevistas.

De fato, o segundo alicerce sobre o qual estão sustentados os resultados desta pesquisa foi a atitude aberta e informal do entrevistador. Embora todos os instrumentos tivessem uma característica de “roteiro”, esse foi utilizado em um contexto compreensivo e não apenas informativo. Os dados foram coletados em situação natural a partir de uma estratégia global visando compreender o desenvolvimento da criança e suas circunstâncias. Portanto, isso que estamos chamando “atitude aberta e compreensiva” possibilitou que os dados fossem fornecidos dentro de um contexto diferente do que ocorre num consultório.

Acresça-se a isso que não havia queixa inicial, ou seja, nem a fala materna nem a escrita estavam “medicalizadas”, tratava-se de saúde e não de doença. Com isso, foi facilitada a reflexão sobre o desenvolvimento da criança numa perspectiva compreensiva.

Tanto a família pôde se expressar, quanto o pesquisador estavam sensível a essa comunicação. O aspecto vivencial, a captação direta, facilitaram a compreensão da circunstância única que envolvia criança e família e da própria Ética da família.

A percepção da subjetividade trouxe também a compreensão que o desenvolvimento ocorre dentro de uma determinada estrutura familiar e é influenciado por inúmeros fatores das mais diversas ordens e origens. A visita domiciliar permitiu que o fator emergencial que resulta desses falares diversos aparecesse. A captação dos fatores que estão interferindo, naquele momento, no processo de desenvolvimento da criança é altamente facilitada pelo fato da visita domiciliar situar o profissional dentro do locus da interação, ajudando-o a projetar a origem das dificuldades e esclarecendo a direção das providências a serem tomadas.

Apresentaremos, a seguir, os modelos dos instrumentos utilizados e a análise de aplicabilidade de cada um deles.

Numa fase posterior à presente, pretende-se analisar o alcance dos instrumentos propostos.

A) Anemnese da Criança

O roteiro para anemnese da criança, elaborado especificamente para esse estudo, mostrou-se um bom instrumento, suficientemente flexível, podendo ser adaptado frente a questões emergenciais. O fato dos tópicos serem gerais, e a forma de registro ser *in litteris*, propiciou o aparecimento de informações que muitas vezes não eram questionadas de uma forma direta. O discurso livre das mães trouxe não só a informação requerida, mas também a fala em si, ou seja, seus pensamentos, sentimentos e a forma como vêem seus filhos em desenvolvimento. Várias vezes, um dado que poderia ser omitido, visto que não partimos de uma “queixa principal”, apareceu como fruto da abertura que foi dada às mães de se expressarem livre e espontaneamente.

No decorrer do processo do trabalho de campo, sentiu-se a necessidade de alterar alguns tópicos dessa anamnese frente às informações que surgiram como fruto do contato direto com as mães. A anamnese semi-estruturada enriqueceu este processo, uma vez que se pode aprimorar o instrumento frente a situações práticas. As alterações do roteiro de anamnese decorreram de discussões do grupo de pesquisa, logo após as primeiras visitas domiciliares. Um ponto marcante que merece ser destacado foi o fato do modelo original deste instrumento ter sido elaborado considerando-se a família como sendo composta apenas pelo casal parental e o(s) filho(s), o que não aconteceu na realidade das famílias visitadas. Um grande número era composta por parentes dos pais que residiam no mesmo local ou em área próxima

havendo assim uma participação direta destes na vida da criança. Houve também casos em que, por ser a mãe empregada doméstica e residir no emprego, havia a participação da família empregadora no relacionamento com a criança.

Os dados da anamnese foram planejados para facilitar o acompanhamento do desenvolvimento conjuntamente e em confronto com a ficha do Ministério da Saúde. É do Gotejamento destes dois instrumentos que se pretende ter uma avaliação do processo de desenvolvimento em si e também dos próprios instrumentos.

O item que se refere à escolha do nome foi uma contribuição inovadora deste instrumento, uma vez que não é usado rotineiramente. O estudo do nome foi encontrado em pesquisas envolvendo adultos, quer do ponto-de-vista sociológico (estudo do sobrenome), quer do ponto-de-vista psicanalítico (nome propriamente). No que se refere ao desenvolvimento da criança, esta análise é pioneira. Quanto à aplicabilidade, as duas questões deste tópico foram funcionais desencadeando respostas significativas. Destaca-se que a escolha do nome da criança pode ser usada como um dado complementar rico para o desenvolvimento da trama simbólica subjacente ao desenvolvimento infantil. O material levantado por este item está intimamente ligado à dinâmica da família e ao espaço potencial que a criança ocupa na rede das relações familiares.

B) Anamnese Familiar

O roteiro da anamnese familiar, desenvolvido a partir de uma proposta de Grunspun (1966), necessitou de uma maior adaptação que a anamnese da criança, uma vez que os tópicos inicialmente elaborados não facilitaram a coleta dos conteúdos a serem pesquisados.

Em primeiro lugar, frente à realidade com a qual nos deparamos, tivemos de nos ba-

sear em uma definição operacional de família, qual seja: as pessoas que vivem na casa. Essa definição de família representou um avanço em relação ao ponto de partida pois pensava-se mais na família como sendo nuclear.

O tópico I, referente à Composição Familiar, mostrou-se muito eficiente tanto do ponto-de-vista da aplicabilidade quanto do alcance, fornecendo o que posteriormente chamou-se de estrutura familiar.

A esse tópico foram acrescentados dois itens:

- como é administrado o dinheiro?
- o dinheiro recebido cobre as despesas?

Estes itens forneceram subsídios tanto para entender e descrever a estrutura quanto a dinâmica familiar.

Já para os tópicos II e III, a Família como Unidade de Interação Marital, o roteiro não foi satisfatório. Foi necessária a definição de novas estratégias para abordar esses tópicos.

Nas reuniões semanalmente realizadas, a equipe de pesquisadores passou a reformular as questões. Embora mantendo o roteiro original, foram se evidenciando alguns pontos relevantes no que acabou sendo denominado de dinâmica familiar. Estes ficaram reorganizados em torno de dois tópicos centrais:

- 1 - relação família/sociedade.
- 2 - relação do casal.

O roteiro final proposto consiste dos seguintes indicadores:

1- Relação Família/Sociedade: a) parentes; b) vizinhos; c) lazer; d) comunidade.

2 - Relação do Casal: a) harmonia; b) participação na: - educação dos filhos; - cuidado da casa; - economia. c) poder: pai; mãe; ambos; outro. d) sexualidade.

Trata-se de um roteiro semi-estruturado cujos tópicos devem ser percebidos como sínteses de informações que procedem de fontes várias e díspares. Aliás, não sabemos como esses dados poderiam ser obtidos em consultório. A visita domiciliar foi um instrumento de valor inestimável quan-

do se pretendeu focar a família. Pode-se observar diretamente o relacionamento, quer dos pais, quer dos irmãos, quer dos demais familiares e vizinhos. Em várias ocasiões, a anamnese foi respondida por um conclave doméstico, coeso ou conflituoso. Isso tudo forneceu um cenário muito vivo, concreto, único, de cada unidade familiar. A presença física do entrevistador dentro do contexto familiar tornou-o muito mais significativo e compreensível para este. Como diz Ryad (1989), “as interações familiares são mais espontâneas na casa do que em outro local. Pode-se observar no domicílio uma pessoa isolada, uma dupla, ou a família inteira, colhendo-se rapidamente fartas informações. Estas informações tanto podem ser materiais (qualidade e estado do ambiente físico), transferenciais (de cada familiar para o psicólogo), extratransferenciais (relações dos familiares entre si) e contratransferenciais (reações do psicólogo para o ambiente e os membros da família)”. Desse modo, foi essencialmente diferente realizar-se a anamnese familiar no próprio *locus* da família do que no consultório ou no Centro de Saúde.

As informações sobre cada item podem advir de perguntas diretas e de fontes indiretas. Por exemplo: no centro da sala de uma família estava uma estatueta de uma santa. No item relativo aos enfeites presentes no ambiente doméstico foi informado que a santa pertencia à paróquia e que estava em posse da família para rezar o terço em outras casas da redondeza. Assim fomos informados a respeito da vida comunitária dessa família, sem que fosse perguntado.

Há perguntas que são facilitadoras para obtenção de outras informações. Para abordar a intimidade do casal e evocar relatos emocionados que favorecem o aparecimento de reações mais profundas, as perguntas a respeito de como o casal se conheceu, namorou, o início da vida marital comparada à atual, foram algumas delas.

Essas perguntas estão no roteiro original e servem tanto para avaliar a harmonia, como o uso do poder na família.

O uso do poder pode ser inferido das seguintes perguntas: como é administrado o dinheiro; quem comprou os móveis; quem dispôs os móveis; quem escolheu o nome do filho?

Cada uma dessas questões está num instrumento diferente, mas devem ser sintetizadas a fim de aferir como o poder é exercido naquela casa. Essa avaliação é qualitativa.

Os conflitos familiares podem aparecer espontaneamente ligados à personalidade dos entrevistados ou ao nível de angústia. Perguntas diretas quanto a problemas como educação dos filhos, econômicos, vida sexual, objetivos de vida, temperamento, etc., podem evocar os pontos principais de conflito do casal. A escolha do nome também foi útil para determinar conflitos do casal.

Os descritores utilizados no presente roteiro foram os seguintes:

a) Estrutura Familiar: fornece as condições mais estáveis, mais permanentes da organização familiar. Inclui os fatores socioeconômicos, embora o nosso objetivo não fosse classificar a família segundo estratos sociais, e sim obter dados que permitissem detectar como a família se organiza frente aos recursos disponíveis. O objetivo desse tópico é fornecer indicadores sócio-culturais, dinâmicos, ou seja, os valores em torno dos quais se estrutura a família.

Através do tópico 1 - o número de pessoas que constituem a família - observa-se a própria noção de família ampliada, levado em conta desde o primeiro momento. Todos os dados do tópico 1 são importantes; eles circunscrevem a realidade estrutural familiar, dão um retrato claro e objetivo da família.

O tópico 2 - Salário - revela a “composição econômica” da família; é um indicador da participação, de colaboração, de divisão de responsabilidade, de diferenças intrafamiliares e de conflitos que possam surgir em função

disso. Portanto, o salário não é um número; é um dado qualitativo, como os demais.

O tópico 3 - Renda Total - é um indicador de como a família se organiza. Esse item é um aprofundamento do aspecto qualitativo do tópico 2. Famílias equivalentes quanto a salário, número de pessoas, despesas básicas de subsistência, pareceram dispor de modo diferente da renda, segundo os valores em torno dos quais estão organizadas. O valor da renda em si é determinante do nível sócioeconômico e da inserção da família na estrutura social, mas não necessariamente da qualidade de vida.

O tópico 4 - Administração da Renda - é um indicador do relacionamento do casal, do uso do poder, da influência de outras pessoas, dos conflitos, enfim, da organização familiar.

O tópico 5 - Mudanças de Pessoas/Residências - revelou grande mobilidade social no grupo estudado, quer no aspecto de mudança de domicílio, quer no de pessoas que moram na casa, geralmente por motivos econômicos. Ele é indicador da estabilidade da estrutura familiar.

Como pode ser observado, os tópicos do roteiro não são usados de forma rígida. Embora o objetivo seja a caracterização da estrutura familiar, a dinâmica aparece, devendo o pesquisador estar sensível a isto.

b) Dinâmica Familiar: o objetivo geral deste tópico é de estudar as relações intra e extrafamiliares. São condições menos estáveis, mais ligadas a processos móveis.

O aspecto extrafamiliar é dado pelo item 1 - Relação Família/Sociedade. Indica o grau de abertura/fechamento da família, a qualidade das relações e a harmonia familiar. Ele fornece a diversidade de vínculos da família com outras instituições, e portanto, o grau de interesse e de participação na vida social. Os fatores sócio-econômicos também são importantes para determinar esse grau de abertura.

O fato do instrumento ser utilizado no ambiente doméstico enriquece muito a coleta de dados, que se dá parcialmente por observa-

ção direta. Durante a entrevista, por exemplo, pode-se observar a movimentação de vizinhos, parentes, etc., além disso, muitas famílias ampliadas vivem num mesmo espaço físico, quer em aglomerados, quer em casas de fundo, cortiços, etc.

O item 2 - Relação do Casal - objetiva estudar a qualidade dos vínculos existentes. O ponto central são os conflitos e seu modo de resolução através do uso do poder. Não se faz perguntas diretas a respeito de conflito ou do poder. Isso é inferido a partir do discurso. Todos os tópicos: Harmonia, Participação do Casal, Poder, Vida Sexual, são vistos conjuntamente e estão detalhados no roteiro para nortear a atenção e o objetivo do pesquisados, mas não foram diretamente perguntados na entrevista.

Nossa contribuição para o estudo da família é que estes são marcos básicos, fundamentais e necessários para se entender as relações intrafamiliares. Não podemos afirmar se são suficientes, porém, são imprescindíveis para descrever o funcionamento da família.

Alguns desses tópicos são difíceis de serem abordados. Vida Sexual é um deles, com tendência a respostas evasivas: mas o fato de estarmos presentes, facilitou perceber, por exemplo, que a mãe dorme com o filho, com isso abrindo espaço para uma conversa mais verdadeira. Algumas pessoas entrevistadas resistiram a responder essas questões.

Por outro lado, conflitos podem ser observados diretamente. De forma diversa da psicanálise, nossa atenção foi dirigida para o mais gritante, o mais evidente, isto é, o emergente, o visível, o fenomenológico. É o que estava ali, o fenômeno na sua dimensão explícita e não implícita, como é geralmente o pensamento psicanalítico. Não interpretamos, embora inferimos e deduzimos baseados no real.

O item de Antecedentes Familiares não traz problemas quanto à sua obtenção, afora o desconhecimento de certos informantes. Porém, deste tópico pode-se tirar dados dinâmicos referentes às famílias de origem que não

aparecem em outros tópicos. Como todos os demais itens pode ser utilizado dessa maneira aberta e qualitativa que temos advogado.

ANAMNESE DA CRIANÇA E FAMÍLIA

ANAMNESE DA CRIANÇA

A - ANTECEDENTES PESSOAIS: História da Criança

1. Resposta emocional ante a:
 - a) possibilidade de uma gravidez b) notícia da gravidez
 - c) condições materiais d) expectativa frente ao sexo, cor ou outro
2. Condições psicossomáticas da gravidez:
 - a) como passou a gravidez
 - b) como se sentiu
 - c) fez pré-natal? onde?
3. Parto:
 - a) a termo
 - b) fórceps
 - c) cesariana
 - d) ficou roxo?
 - e) precisou de oxigênio?
 - f) ficou icterico (amarelinho)?
 - g) onde foi? quem atendeu?
4. Escolha do nome: a) quem escolheu? b) como escolheu?
5. Sentimentos que a criança despertou nos pais e demais pessoas da família com quem convive:
 - a) no pai
 - b) na mãe
 - c) divergências no casal quanto a conceitos culturais de educação
6. Lactância:
 - a) primeira mamada: pegou logo no seio? sugou bem? sentimento da mãe
 - b) artificial? esquema de alimentação, horário, etc.

- c) como a mãe acalma a criança quando chora? como a mãe lida quando a criança recusa alimento?
 - d) mudança seio-mamadeira
 - e) o desmame e suas condições: uso de chupeta
7. Sono:
 - a) dorme bem?
 - b) se mexe muito?
 - c) transpira?
 - d) onde dorme e com quem dorme?
 - e) quem acorda?
 8. Rotina diária da criança: Psicomotor:
 - a) quando sorriu?
 - b) quando sentou com apoio?
 - c) quando sentou sem apoio?
 - d) quando engatinhou?
 - e) quando ficou em pé?
 - f) quando andou?
 10. Linguagem:
 - a) arrulha?
 - b) balbucia?
 - c) inventa algum som?
 - d) usa alguma palavra?
 - e) usa alguma frase? qual?
 11. Jogo:
 - a) com as mãos
 - b) com os pés
 - c) manuseio de objetos

ANAMNESE FAMILIAR

A - ESTRUTURA FAMILIAR (dados referentes a todas as pessoas que residem na casa)

- 1) idade, sexo, grau de parentesco, procedência, escolaridade, religião, profissão
- 2) salário (renda total das pessoas que residem na casa)
- 3) a renda dá ou não dá para cobrir as despesas da família?

- 4) como é administrada a renda?
- 5) mudanças de residência e/ou de pessoas da família?

B - DINÂMICA FAMILIAR

- 1) Relação Família/Sociedade
Como a família relaciona-se com:
 - a) parentes
 - b) vizinhos
 - c) lazer
 - d) comunidade
- 2) Relação do casal
 - a) harmonia
Como o casal se conheceu?
Como era a relação?
Como é atualmente?
Se tem e quais são os problemas quanto a:
 - educação dos filhos
 - ordem econômica
 - sexo
 - objetivos de vida
 - temperamento
 - b) participação do casal na:
 - educação dos filhos
 - cuidados da casa
 - economia
 - c) relação do poder: Como é administrado o dinheiro?
Quem comprou os móveis?
Quem dispõe os móveis?
Quem escolheu o nome do(a) filho(a)?
 - d) sexo:
 - se o casal se dá bem sexualmente?
 - se a relação é satisfatória?
 - quem dorme com quem?

C - ANTECEDENTES FAMILIARES

- a) nervoso
- b) internado
- c) com desmaios

- d) doenças psicossomáticas
- e) se bebe, joga, ou tem outros vícios.
- f) Roteiro para Observação da Relação Mãe-Criança

O roteiro para observação da relação mãe-criança, elaborado pela equipe de pesquisadores, mostrou-se excessivamente detalhado em itens específicos dificultando a observação global do binômio mãe-criança.

A versão original do roteiro poderá ser usada com a finalidade de treinamento de equipe técnica no que se refere a “como” e “o que” observar, uma vez que o profissional em fase de aprendizado necessita ater-se às especificidades do que deve ser observado para realizar a análise, antes de processar a síntese.

Ficou clara a necessidade de sintetizar os itens inicialmente elaborados em categorias mais gerais, que dêem conta de captar como essa relação se dá sem reduzi-la a tópicos específicos, o que empobrece a observação. Isto levou ao abandono do roteiro proposto e em seu lugar optou-se por uma observação menos sistematizada. Tal observação geral deve estar voltada para captar como a mãe lida com a necessidade de apego e com a necessidade de autonomia de seu filho. Essas necessidades se manifestam desde os primeiros instantes de vida, porém variando quanto ao tipo e intensidade segundo a idade da criança.

Os dados de observação revelaram que o ponto fundamental a ser identificado são aspectos emergentes da relação mãe-criança, sem fragmentação como o proposto pelo roteiro original. Tais aspectos emergenciais estão ligados ao contexto situacional, inclusive desencadeadas pela presença do pesquisador no locais da casa e da situação de interação.

O treinamento do observador para captar os dados referentes à relação mãe-criança, unida a um instrumento que forneça grandes coordenadas do espaço emocional onde está ocorrendo essa relação, parece-nos poder dar conta desse tópico tão difícil de ser dimensio-

nado, não pela sua importância, mas pela sua subjetividade e conseqüente dificuldade de operacionalização.

Notou-se claramente que a montagem de tal instrumento deverá ser feita frente a uma análise caso a caso, ou seja, levantar as generalidades que possam dar base e categorias comuns.

Tal passo só poderá ser concluído após o cruzamento dos dados da observação da relação mãe-criança com os resultados dos outros instrumentos, tarefa esta que deverá ser realizada em ocasião oportuna.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-CRIANÇA

1 - OBSERVAÇÃO DA MÃE

1.1. Aparência física, e cuidados pessoais

- a) sinais de vitalidade
- b) modo de vestir, cuidados com o corpo, vaidade, auto-estima
- c) em que medida se relaciona com o ambiente onde está
- d) conteúdo do diálogo
- e) grau de tensão e relação (tonicidade)
- f) se está apática ou hiperemotiva (detectar atitudes extremas)
- g) “preocupação materna primária”. Verificar nível de atenção com a criança

2 - MÃE/CRIANÇA

2.1. Presta atenção

- a) do ponto de vista qualitativo:
 - de modo neutro
 - com desprazer
 - com prazer
- b) do ponto de vista quantitativo:
 - muito
 - médio
 - pouco

2.2. Contatos físicos (diretos) com a criança acaricia, toca, acalenta

- a) do ponto de vista qualitativo:
 - de modo neutro
 - com desprazer
 - com prazer
- b) do ponto de vista quantitativo:
 - muito
 - médio
 - pouco
 - como segura o bebê

2.3. Contatos físicos (indiretos) com a criança

- a) olha, sorri, fala, canta
- b) tom de voz ao falar com o bebê
- c) ao dar de mamar, olha o bebê, coloca-o no centro de suas atenções
- d) protege o bebê de possíveis dissabores, incomoda-se com o seu sofrimento: ruídos, temperatura, interferências no sono e na alimentação (como introduz as modificações)

2.4. Cuidados com o bebê

- a) higiene da criança (obs.: criança com mais ou menos 12 a 24 meses)

2.5. Como a mãe reage quando solicitada pela criança

- a) frente a choro
- b) frente a separação da mãe
- c) ao não da criança

2.6. Como a mãe reage à manipulação e à movimentação da criança

- a) permite a movimentação
- b) tolhe a movimentação

2.7. Como a mãe reage à “sujeira” da criança

- a) permite
- b) tolhe

2.8. Se a mãe brinca com a criança (bate palma, ciao, esconde-esconde, jogar brinquedos no chão)

2.9. Se a mãe procura se comunicar ao nível da criança (postura, linguagem)

d) Roteiro para Observação dos Indicadores dos Organizadores da Psique de Spitz*

Segundo Spitz (1979), o desenvolvimento não se dá de uma forma maciça, em bloco ou numa continuidade homogênea. Ele acontece por períodos ou fases e cada um deles possui uma feição específica com necessidades e vulnerabilidades próprias.

Ainda segundo o autor, os organizadores da psique marcam níveis de integração da personalidade. Em determinado momento há uma integração entre os processos de maturação e de desenvolvimento, sendo o organizador o produto de tal integração. Após esta ocorrência, o aparelho psíquico passa a funcionar de uma maneira nova e diferente.

O que revela o estabelecimento de um organizador da psique é a manifestação de comportamentos novos e específicos. Tais comportamentos podem ser considerados sinais de que a integração ocorreu, e são chamados indicadores.

Procuramos detectar os três organizadores definidos pelo autor dentro da faixa etária em que eles comumente aparecem. Tais observações podem assim ser sintetizadas:

Primeiro Organizador - Reação de Sorriso

O indicador do primeiro organizador da psique (em torno do terceiro mês de vida) é o aparecimento da resposta de sorriso. Este padrão de comportamento específico é um indicador observável de que houve uma convergência e uma integração de tendências e eventos de maturação e psicológicos.

Neste momento o bebê começa a ter alguma individualidade, começa a se distinguir um pouco da mãe, embora ainda não a reco-

nheça. Assim, o sorriso é o primeiro sinal de organização das relações sociais que o bebê esboça em seu meio.

A observação da reação de sorriso em visita domiciliar mostrou-se de fácil execução. Contudo, tratando-se de crianças pequenas, de 2 a 3 meses, algumas estavam dormindo durante a visita. Este fato causou um certo transtorno, tendo o observador que retornar à residência em data próxima contando ainda com a possibilidade de encontrar a criança dormindo novamente. Isto torna tal indicador difícil de ser aplicado, uma vez que pode exigir vários retornos ao mesmo domicílio, acarretando assim dificuldade para a equipe da unidade sanitária.

No entanto, guardados os questionamentos teóricos quanto à validade do próprio indicador discutidas em Santos (1991), acreditamos que os problemas de operacionalização do mesmo poderiam ser minimizados com sua observação feita em consultório pelos profissionais que acompanham a saúde da criança.

Segundo Organizador - Reação a Estranhos

Segundo Spitz (1979), durante a segunda metade do primeiro ano de vida, por volta do oitavo mês, a criança se torna capaz de distinguir o objeto libidinal (a mãe ou substituto) de estranhos. A ansiedade do oitavo mês indicaria o aparecimento do segundo organizador da psique. Nesse momento, a criança passaria a discriminar objetos animados de inanimados e passaria a ter relações de objeto propriamente. A diferenciação entre o “eu” e o “não eu” estabelece a separação entre o sujeito e o seu ambiente. A partir desse momento a criança ampliará o seu repertório de comportamentos, desempenhos e relações.

A “ansiedade dos 8 meses” ou “ansiedade de separação” resultaria numa série de comportamentos ante um estranho, que vão da

* Para um aprofundamento na análise, vide SANTOS, 1991.

apreensão à ansiedade propriamente dita. O denominador comum dessas reações seria “uma recusa de contato, com um tom mais ou menos carregado de ansiedade” (Spitz, 1979). Devido ao desenvolvimento da capacidade de retenção da memória, a face do estranho passa a ser comparada com a imagem da memória da face da mãe. A ansiedade apareceria quando o resultado desta comparação sugerisse ao bebê que suas necessidades poderiam não ser satisfeitos porque a “mãe foi embora”.

A observação desse indicador apresentou vários tipos de dificuldades:

1 - os comportamentos a serem observados variaram quanto a tipo e intensidade, desde um choro explícito até a reações dúbias. Essas reações variaram no tempo e sua variabilidade acabou acarretando dificuldades quanto à classificação da reação observada.

2 - houve retornos à casa apenas para verificar esse indicador, quer por indisponibilidade da criança, quer por estar fora da faixa etária previamente determinada.

3 - quanto ao procedimento propriamente, qual seja, a retirada da mãe da presença da criança e a subsequente aproximação do observador desta, essa manobra não apresentou dificuldade. Contudo, aspectos teóricos trouxeram complicações quanto à validade da aplicação desse indicador em visita domiciliar (conforme discutido em Santos, 1991).

Algumas hipóteses podem ser levantadas a partir das observações efetuadas:

1 - o reconhecimento de rostos estranhos é distinto da reação a estranhos;

2 - a reação à separação materna é distinta da reação da proximidade do estranho;

3 - o aparecimento da reação a estranhos, em alguns casos, pode indicar algum tipo de dificuldade da criança com seu ambiente.

Podemos concluir que a utilização da reação a estranhos, nas condições por nós proposta, não se revelou um bom indicador para

acompanhamento do desenvolvimento devido a não permitir diferenciar de que reação se trata; e ao viés de transformação do estranho em familiar em função da visita domiciliar sistemática e da sinalização amistosa materna.

Terceiro Organizador - Meneio Negativo de Cabeça

Segundo Spitz (1984) “em média a criança normal aprende a compreender o meneio de cabeça adulto como negação ou proibição no primeiro trimestre do segundo ano. Naturalmente, vimos muitas crianças precoces que compreendem este sinal mesmo antes de completar o primeiro ano, mais ou menos entre o décimo e o décimo segundo mês. Mas, como sinal intencional, esse gesto só é usado pelas crianças mais tarde, no segundo ano de vida”.

Este comportamento indica que há uma ligação de um gesto com um conteúdo ideacional significativo para o ambiente. É um momento importante no desenvolvimento da criança: do desamparo inicial e da completa dependência para uma crescente autonomia.

A observação da resposta de “não” como indicador do terceiro organizador não é um bom instrumento para acompanhar o desenvolvimento devido à complexidade das reações apresentadas pelas crianças (conforme discutido por Santos, 1991).

Na forma de autocrítica, podemos dizer que a não especificação prévia das reações a serem observadas dificultou a análise do material obtido.

No entanto, trata-se de um assunto realmente complexo pois são vários os significados e os níveis de manifestação desses “nãos”, tanto por parte das mães quanto das crianças.

Com base nos relatos das mães em que o “não” da criança é interpretado como deso-

bediência, podemos entender porque e como o controle esfinteriano pode tornar-se um campo de batalha na relação mãe criança. De fato, fezes e urina são os únicos produtos internos com os quais a criança pode comercializar. Como o “não” e esse contrato ocorrem em épocas próximas dado a maturação do sistema nervoso, que permite tanto o andar, quanto o próprio controle, a autonomia e seus percalços acabam coincidindo com a fase do controle esfinteriano. Desse modo, a qualidade do controle externo, isto é, dos não maternos, vai sobrepor-se à qualidade dos não da criança sobre o controle esfinteriano.

Devido à importância do tema e dessa fase de desenvolvimento, o assunto deveria ser explorado através de uma pesquisa específica. Isso porque, embora não tenhamos obtido em resultado sistemático, pudemos detectar a sua importância no desenvolvimento da criança em sua relação com o mundo.

PROCEDIMENTOS PARA OBSERVAÇÃO DOS ORGANIZADORES DA ‘PSIQUE’ SEGUNDO SPITZ

Primeiro Organizador

Reação de sorriso recíproco - 3 meses

Condições:

- 1) a face deve se apresentar de frente, de maneira que o bebê possa ver os dois olhos.
- 2) a face deve mover-se.

Segundo Organizador

Ansiedade dos 8 meses- 8 meses

O desprazer assume a forma de uma ansiedade específica, quando um estranho se aproxima da criança.

O desprazer é causado pelo medo que a criança tem de ter perdido a mãe.

Obs.: Para se observar o fenômeno da ansiedade dos oito meses e realizar experiências a respeito dele, não se deve fazer isso na presença da mãe. Deve-se solicitar a saída da mãe e observar a reação da criança.

Onde as manifestações de ansiedade dos oito meses são grandes, a presença da mãe bastará para torná-la de todo irrelevantes, ao passo que, estando ela ausente, essas manifestações se mostrarão inconfundíveis (O Primeiro Ano de Vida, Spitz, pág. 146).

Terceiro Organizador

Aquisição do “não” semântico

O emprego semântico do meneio de cabeça, “não”, torna-se manifesto nas ocasiões em que a criança recusa tanto oferecimento quanto solicitações, tanto proibições como ordens.

É possível interpretar o movimento da cabeça como uma mensagem dirigida a uma outra pessoa.

Observar a reação da criança frente a situações de ordens, proibições ou oferecimentos.

e) Ficha de acompanhamento do

Desenvolvimento do Ministério da Saúde

A aplicação da referida ficha em ambiente doméstico apresentou alguns facilitadores como: espaço disponível para a movimentação da criança; a duração da observação, maior espontaneidade da criança uma vez que esta se encontra em ambiente natural, muitas vezes apresentando o comportamento a ser observado sem a solicitação do observador. Por outro lado, há marcos de comportamento da ficha que só podem ser levantados de uma maneira indireta, ou seja, através de relato da mãe. Os com-

portamentos esperados até um ano de idade puderam ser observados diretamente, entretanto, a partir desta idade nota-se um grau crescente de dificuldade na obtenção da informação através da observação direta.

De um modo geral, a ficha usada no domicílio limita a riqueza das observações livres. Pode ser usada como um complemento a essas observações, visando uma sistematização dos dados obtidas. Porém, mesmo nesses casos, deve haver uma descrição mais pormenorizada dos comportamentos observados a fim de individualizá-los, resgatando o seu aspecto qualitativo.

No que diz respeito à aplicação da ficha no Centro de Saúde, segundo depoimento dos médicos e auxiliares de enfermagem, os dados colhidos dificilmente se dão através da observação direta da criança, isto acontecendo por questões de espaço físico do consultório que impedem a movimentação da criança e também pela pequena disponibilidade de tempo da consulta. Outro fator apresentado pelos técnicos é o fato da criança voltar ao retorno médico em condições desfavoráveis de saúde, sendo contra-indicado o uso da ficha nessas circunstâncias.

Outro aspecto muito importante mencionado pelos médicos refere-se à questão do vínculo na relação médico-paciente. Esse aspecto envolve tanto um aumento na duração média da consulta quanto um novo tipo de abordagem (por nós denominada educativa) em que ao abrir-se espaço para a “fala não medicalizada da mãe”, interfere-se na relação de poder inicialmente vivenciada por ambos os partícipes dessa relação. Desse modo, a introdução do tema desenvolvimento abre um espaço novo, exigindo capacitações também renovadas dos profissionais da área de saúde da criança.

Apesar dos fatores limitantes acima apresentados, os técnicos consideram a fi-

cha de fácil aplicabilidade, fácil memorização, ajudando-os a sistematizar o levantamento de dados.

Essa sistematização, por si só, é muito importante porque direciona a observação para aspectos do desenvolvimento usualmente descuidados.

Portanto, embora a aplicação da ficha tenha trazido várias dificuldades, parece-nos que o uso sistemático de um instrumento de acompanhamento de desenvolvimento em Unidade Básica de Saúde pode ajudar a trazer esse tema para o centro das atenções dos profissionais.

A ficha, embora variando muito quanto ao número de avaliações por criança, teve uma média de aplicação de 3,1 avaliações por criança no Centro de Saúde, durante o período estudado. O fato nos indica que a sua utilização como rotina no acompanhamento da criança é viável.

Não avaliamos ainda o alcance da ficha. Contudo, há um resultado positivo desse alcance apenas no fato de os profissionais do Centro de Saúde terem internalizado em alguma medida o conceito de desenvolvimento e aprimorado o seu “olhar” a fim de percebê-lo.












Frente a uma média de 84,33% de avaliações efetuadas nos comparecimentos das crianças ao Centro de Saúde podemos dizer que a Ficha do Ministério da Saúde pode ser aplicável no acompanhamento do desenvolvimento.

Considerando-se a necessidade de um instrumento mais padronizado, quer visando o próprio acompanhamento do desenvolvimento em serviço, quer a pesquisa, o uso da Ficha do Ministério da Saúde pode ser um recurso a ser empregado, consideradas as ressalvas anteriormente colocadas.

PROCEDIMENTO PARA OBSERVAÇÃO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DA “FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO/MS”

Época da Consulta	Marco do Desenvolvimento	Procedimento para Observação
1 mês	1. Abre e fecha... 2. Postura: barriga... 3. Olha para a...	forma tradicional conforme descrição e desenho conforme descrição e desenho
2 meses	1. Colocada de... 2. Sorri... 3. Fixa e acompanha...	conforme descrição e desenho observar a criança coloca-se um objeto no campo visual, da criança de modo que ela o veja e movimenta-se este para a esquerda e para a direita, para cima e para baixo
4 meses	1. Colocada de... 2. Alcança e... 3. Emite sons...	conforme descrição e desenho criança de bruços, coloca-se algum objeto pequeno numa distância acessível e estimula-se a criança a pegá-lo “conversar” ou pedir que a mãe converse com a criança
6 meses	1. Levantada... 2. Segura e transfere... 3. Vira a cabeça...	conforme descrição e desenho dar um objeto na mão da criança e verificar falar, pedir que a mãe fale ou ainda fazer algum som do lado da criança
9 meses	1. Senta-se sem... 2. Arrasta-se... 3. Responde...	colocar a criança sentada sem apoio e verificar colocar a criança em local que possibilite este marco e incentivá-la a fazê-lo pode ser verificado quando a criança chega, tentando pegá-la no colo
12 meses	1. Anda com... 2. Faz gostos... 3. Emprega..	como descrição e desenho fazer gestos para que a criança responda; pode pedir para que a mãe ajude conversar e pedir que a mãe converse com a criança
18 meses	1. Anda.. 2. Combina... 3. Tira...	colocar a criança no chão e chamá-la conversar ou pedir que a mãe converse com ela pedir para que a criança tire qualquer peça do vestuário: pode ser feito no início da consulta, como ajuda ao médico
2 anos	1. Corre e/ou... 2. Em companhia 3. Diz seu...	observar a criança e perguntar para a mãe perguntar para a mãe perguntar para a criança como ela se chama
3 anos	1. Fica sobre... 2. Usa frases... 3. Veste-se...	brincar com a criança pedindo que ela fique nesta posição conversar com a criança pode ser observado pedindo que a criança o faça no momento de vestir-lhe a roupa
4 anos	1. Pula... 2. Brinca... 3. Reconhece...	brincar com a criança pedindo que ela o faça perguntar para a mãe mostrar objetos de cores diferentes e pedir que a criança identifique
5 anos	1. Pula.. 2. Veste-se... 3. Pede...	brincar com a criança pedindo que ela o faça; pode usar de imitação pode ser observado pedindo que a criança o faça criar alguma situação que possibilite à criança fazê-lo, colocando por exemplo, algo que ela deseje em lugar alto

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE - DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO Nome: _____
 Registro: _____

Época da Consulta	Data de Nascimento	Marcos do Desenvolvimento (Resposta Esperada)	Idade (Meses)														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15		
1 mês		Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro).															
		Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada.															
		Olha para a pessoa que a observa.															
2 meses		Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente.															
		Sorri espontaneamente.															
		Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.															
4 meses		Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço.															
		Alcança e pega objetos pequenos.															
		Emite sons - vocaliza.															
6 meses		Levantada pelos braços, ajuda com o corpo.															
		Segura e transfere objetos de uma mão para outra.															
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.															
9 meses		Senta-se sem apoio.															
		Arrasta-se ou engatinha.															
		Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas.															
12 meses		Anda com apoio.															
		Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não; bate palmas, etc.).															
		Emprega pelo menos 1 palavra com sentido.															
Época da Consulta		Marcos do Desenvolvimento (Resposta Esperada)	Idade (Meses)					Idade (Anos)									
			11	14	15	18	21	2	3	4	5	6					
18 meses		Anda sozinha; raramente cai.															
		Combina pelo menos 2 palavras.															
		Tira qualquer peça do vestuário.															
2 anos		Corre e/ou sobe de graus baixos.															
		Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente.															
		Diz seu próprio nome.															
3 anos		Fica sobre um pé momentaneamente.															
		Usa frases.															
		Veste-se com auxílio.															
4 anos		Pula sobre um só pé.															
		Brinca com outras crianças.															
		Reconhece mais de 2 cores.															
5 anos		Pula alternadamente com um e outro pé.															
		Veste-se sozinha.															
		Pede ajuda quando necessário.															

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

f) *Roteiro para a Observação do Ambiente*

O roteiro elaborado para a observação do ambiente familiar foi de fácil aplicabilidade, funcionando como bom norteador das observações. A sequência dos itens facilitou a observação tanto no que diz respeito à aplicabilidade, quanto no resultado dos dados colhidos. Não houve alteração no roteiro inicialmente proposto.

Dois aspectos devem ser observados, um qualitativo e outro quantitativo, no caso de outros pesquisadores desejarem se utilizar desse instrumento.

O primeiro aspecto (qualitativo) refere-se à variação individual quanto ao modo de colher as informações. Como já foi discutido anteriormente, os pesquisadores penetraram na intimidade das pessoas e dos seus lares. Conforme o perfil individual do pesquisado, isso foi sentido como mais ou menos constrangedor. Essa variação ocorreu também nas famílias pesquisadas. Verifica-se que embora haja um certo constrangimento inicial, de uma ou de ambas as partes, o reconhecimento de que se trata de um interesse legítimo, sem prejudicar valores, acaba por derrubar as inibições que porventura tenham surgido.

O segundo aspecto (quantitativo) refere-se ao registro dos enfeites existentes. Em casas em que há poucos enfeites, é possível anotar tudo. Porém, há casas onde isso torna-se difícil em função da quantidade de objetos existentes. Nesses casos, procedeu-se a um agrupamento segundo tipos. Por ex.: muitas fotos de familiares; muitas plantas; coleção de miniaturas etc.

Esse procedimento visa a uma análise qualitativa do espaço. Este instrumento, como os demais, tem por objetivo a compreensão do modo como vive a família.

Segundo Ryad (1989) “a ida do psicólogo ao domicílio da família possibilita-lhe uma percepção direta do ambiente material e relacional familiar. O psicólogo, saindo do con-

sultório e indo para o domicílio, assemelha-se ao explorador diante de uma cultura alienígena. E ele precisará desenvolver métodos que são mais do âmbito do antropólogo”.

Pensamos que o desenvolvimento ocorre na interação da criança com esse ambiente material (a casa) e relacional (a família), e a caracterização deste foi o nosso objetivo ao traçar o roteiro.

O espaço habitável é determinado por variáveis econômicas, demográficas, sociais, psicológicas e outras, e pode ser estudado a partir dessas diferentes perspectivas.

Berenstein (1988) estudando a família baseou-se nas categorias espaço, nomes e tempo. No entanto, sua leitura do espaço e do nome é diferente da nossa. Ele se coloca num ponto de vista analítico, onde o espaço é uma linguagem a ser lida, visando os aspectos inconscientes.

Para nós, a casa pode ser considerada tanto como produto da relação da família com a sociedade, quanto da organização particular e única dos membros de uma determinada família.

Através da observação do ambiente doméstico, colhemos informações sobre dois conjuntos de dados

- 1) a relação casa/família;
- 2) a relação espaço/família.

Há dois tipos de aspectos que caracterizam uma casa:

- 1) os aspectos imóveis: ESTRUTURAIIS;
- 2) os aspectos móveis: DINÂMICOS.

Relacionado aos aspectos estruturais, verificou-se:

- a) a localização;
- b) as dimensões dos cômodos (medidos por aproximação;
- c) aeração, luminosidade e umidade.

Relacionado aos aspectos dinâmicos, verificou-se objetos não utilitários:

- a) na parede;
- b) enfeites.

As informações fornecidas pelos aspectos imóveis são mais estruturais no sentido de serem fortemente determinadas por fatores econômicos.

Já nas informações fornecidas pelos aspectos móveis, quadros e enfeites, são mais produto de escolha pessoal, embora determinados economicamente, e podem dar indicações sobre os valores, o estilo, os interesses, a cultura, específicos daquele agrupamento familiar.

Quanto à criança propriamente, verificou-se tanto o aspecto estrutural, o espaço disponível, quanto os aspectos dinâmicos: berço, cadeirão, enfeites, brinquedos pertencentes ao bebê e que caracterizam o espaço realmente ocupado por ele.

Imaginou-se haver também um “espaço potencial imaginário” ou “espaço virtual”; este espaço seria o produto da representação familiar sobre o desenvolvimento do bebê. Ele poderia estar representado concretamente, por exemplo, o cadeirão enquanto a criança ainda está no peito; no imaginário, por exemplo, fotos de crianças ou bichinhos nas paredes; e na fala, por exemplo, a mãe mencionou que está preocupada com a falta de espaço disponível para a criança andar quando esta ainda não o faz.

Como o desenvolvimento ocorre no tempo, esse espaço é evolutivo; o espaço virtual indicaria a disponibilidade e a receptividade da família à criança e a preparação do terreno para as sucessivas fases de crescimento da criança.

Contudo, a avaliação desse espaço nem sempre foi fácil. Embora não devendo ser abandonado, é um conceito que exigirá uma precisão maior a fim de se tornar operacional.

Após a coleta dos dados, esses foram reorganizados nos seguintes descritores:

- 1°) índice de confinamento: relação número de moradores/número de cômodos
- 2°) organização: higiene, ordem e disposição

3°) físico: luz, ar, umidade

4°) presença/ausência de objetos:

a) quantidade

5°) localização:

a) tipo

b) segurança

- física

- social

6°) espaço do bebê:

a) presença/ausência

- dormir comer brincar

- dentro fora

b) enfeites/brinquedos

c) potencial

Conforme Aries (1981) “no século XVIII, a família começou a manter a sociedade à distancia. A organização da casa passou a corresponder a essa nova preocupação de defesa contra o mundo. Era já a casa moderna, que assegura a independência dos cômodos fazendo-os abrir para um corredor de acesso. O conforto data dessa época, ele nasceu ao mesmo tempo que a intimidade, a discricção e o isolamento, e foi uma das manifestações desse fenômeno”.

Essas idéias fundamentam a importância do “índice de amontoamento”, que relaciona dois aspectos estruturais, o número de pessoas da família e o número de cômodos da casa, em todo o seu significado vivencial. Esse “índice” indica a presença de casas “pré-modernas” em famílias que vivem em uma sociedade pós-moderna. A precariedade da privacidade e da intimidade foi o aspecto mais gritante em vários dos lares observados.

A privacidade pode ser vista também na localização do domicílio, por exemplo, no caso de cortiços, de conglomerados familiares ou de casas de fundo com avós residindo na casa da frente.

Os dados levantados através deste roteiro complementam os instrumentos anteriormente descritos, uma vez que representam a dimensão material dos aspectos cotidianos da família, da mãe, da criança e da relação mãe-criança.

As coincidências não são casuais, aspectos dinâmicos e estruturais, partes da casa e da família, indicam que as mesmas forças que organizam uma, organizam a outra.

A “desorganização familiar” pode ser evidenciada pela desorganização do ambiente (higiene, ordem, definição de espaços), que por sua vez, reflete uma desorganização intrapsíquica dos membros da família. A desordem está “fora” - projetada - e está também introjetada, “dentro” do psiquismo. Pudemos verificar também que uma organização excessiva pode indicar rigidez, obsessividade, o que se reflete no modo de cuidar das crianças.

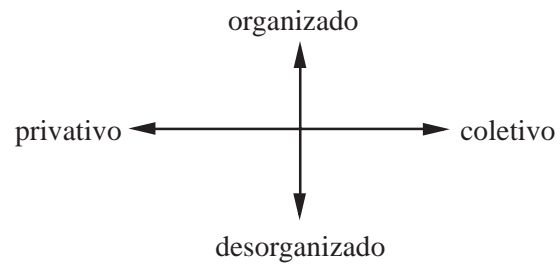
Do ponto de vista do desenvolvimento da criança, a casa tem um papel de assegurar a sobrevivência, seria a gruta dos tempos atuais, o nicho ecológico. Sua função seria garantir, em termos materiais, a proteção que a criança precisa para crescer e se desenvolver normalmente.

Bowlby (1988), baseado em estudos etológicos, atribuiu à família a função de “prover a criança de proteção, conforto e assistência”. A casa pode ser pensada como uma extensão física da família, tendo as mesmas funções desta.

Nesta perspectiva, os aspectos de proteção e segurança têm de ser priorizados. Estariam aí configurados a localização, organização e condições físicas da casa. O aspecto conforto parece ter um conteúdo cultural muito forte, podendo dar margem a juízos de valor difíceis de serem evitados durante a análise desta categoria.

As mesmas considerações anteriores se aplicam para o estudo específico do espaço do bebê. Deve-se notar, entretanto, que o bebê pode ter uma condição diferente dos outros membros da família.

Partindo-se desses descritores, chegamos a duas dimensões básicas para a análise do espaço:



Essas duas dimensões deram origem a um esquema de análise que pode ser ilustrado a seguir.

Nessas duas coordenadas, devem ser situados:

- a) o espaço familiar;
- b) o espaço da criança.

A dimensão “organizado-desorganizado” visa dar conta de um conjunto de dados que incluem ordem, limpeza e disposição de objetos.

A dimensão “privativo-coletivo” baseia-se no índice de amontoamento e tipo de moradia.

Ficaram fora do diagrama dois aspectos importantes:

- a) segurança;
- b) enfeites.

Esses dois aspectos devem ser considerados separadamente.

A questão da segurança está ligada à potencialidade do ambiente de proporcionar proteção à criança. Escadas perigosas, cachorros-fera, telhados ruindo, vizinhança delinqüencial, presença de ratos, aranhas, etc., esses aspectos acabam se refletindo tanto no crescimento quanto no desenvolvimento da criança.

Já a questão dos enfeites refere-se às diferenças interfamiliares, aos aspectos culturais propriamente dito, as representações, e deverão ser analisados no futuro.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE FAMILIAR

A - ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO

1. Quantos cômodos:
Relação cômodo/casa/rua (espaço e relativo ao todo)
2. Condições ambientais: Luminosidade, umidade, etc.
3. Disposição de cada cômodo:
 - a) espaço de cada parte dentro do cômodo. Ex.: cozinha, sala de estar
 - b) o que contém como móveis
 - c) lugar ocupado pelo bebê dentro de a e b (espaço potencial das funções: alimentar, social, repouso e higiene. Espaço de liberdade para o bebê)

B - OBJETOS CULTURAIS

1. Enfeites:
 - a) quantidade: ausentes, raros, poucos, muito, muitíssimo
 - b) tipos: comprados, feitos, utilidades
2. O que está na parede:
 - a) família
 - b) religioso
 - c) cultural: esporte, arte, TV
 - d) tipo: quadro, revista, objetos, tecido (além da necessidade, como expressão de desejos: 1) consumir status x criar; 2) identificação: artistas, parentes; 3) relação com a própria família antepassados, laços de familiaridade; 4) valores: o que é importante?

C - RESPONSABILIDADE PELAS ESCOLHAS EM A E B

Como é:
planejar
realizar (uso do poder dentro da família democrático, autoritário, rígido, intolerante, flexível)

D - COMO É PENSADO O ESPAÇO DA CRIANÇA

- a) espaço potencial real
- b) espaço potencial imaginário: fotos, etc. (representação do desenvolvimento)

g) *Anamnese de Acompanhamento*

Este instrumento foi elaborado objetivando o registro sistemático dos dados que deveriam ser observados e atualizados em todas as visitas domiciliares de acompanhamento (a partir da segunda).

Uma vez caracterizados o ambiente, a faixa etária e as representações maternas, passou-se a atualização de alguns dados que poderiam apresentar variação no tempo, através deste instrumento.

Esta ficha mostrou-se de fácil aplicação, fácil registro e com informações suficientes para o acompanhamento do desenvolvimento infantil a partir das caracterizações iniciais.

ANAMNESE DE ACOMPANHAMENTO

DATA:

IDADE:

I - DADOS COMPLEMENTARES

II - ACOMPANHAMENTO

a) Sono:

b) Alimentação:

c) DNPM e Toalete:

d) Linguagem:

e) Jogos:

f) Rotina:

g) Área Física:

h) Dinâmica Familiar:

III - RELAÇÃO MÃE-CRIANÇA

IV - SPITZ

Observação do Entrevistador:

h) Roteiro de Entrevistas com as Mães

Para a análise do conteúdo representacional das mães pesquisadas lançou-se mão de conceitos teóricos presentes na Psicologia Social (o conceito de representação social) e na Sociologia (os conceitos de campo social e *habitus* de classe).

Esse tipo de análise, mais acadêmica do que operacional, possibilitou uma base para a análise das observações da relação mãe-criança, uma vez que representam a concretização de conteúdos sociais inferiorizados pelas mesmas.

O resultado dessa análise pode ser encontrado em Oliveira, 1991.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÃES

Primeira Parte da Entrevista: refere-se às representações propriamente ditas.

- 1) Formas de Entendimento sobre o Desenvolvimento da Criança.
- 2) Diferenças entre Crescimento e Desenvolvimento.
- 3) Formas Utilizadas pela Mãe para Perceber como seu Filho está se Desenvolvendo.
- 4) Aspectos que Podem Facilitar ou Dificultar o Desenvolvimento da Criança.
- 5) Como Mãe e Família Interferem no Desenvolvimento (Ajudar ou Atrapalhar, Reprimir, etc.).

Segunda Parte da Entrevista refere-se à percepção quanto às práticas institucionais.

- 1) Locais ou Pessoas Onde a Mãe Busca, ou Gostaria de Encontrar, Orientações sobre o Desenvolvimento do seu Filho.
- 2) O Que o Centro de Saúde Faz e Poderia Fazer para Contribuir com o Desenvolvimento da Criança.
- 3) Outras Observações que o Entrevistado Queira Fazer sobre os Temas Discutidos.

V - CONCLUSÃO

O presente estudo partiu de uma concepção de processo biopsicossocial atribuído ao desenvolvimento infantil e das contradições implícitas nesse modelo.

Nessa medida, as possibilidades de recuperação da dimensão citada em nível das práticas nos serviços de saúde colocaram questões que buscamos resolver.

A primeira questão diz respeito à avaliação do desenvolvimento, segundo indicadores objetivos que pudessem recuperar a totalidade e a particularidade do processo. Trata-se, pois, de focar “como” e “onde” ocorre o desenvolvimento.

Optou-se neste trabalho por uma ampliação do objeto usualmente adorado para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, ou seja, a criança; e da forma como é realizado, através de escalas. Esse deslocamento implicou na necessidade de recuperar o “em torno” da criança por um lado e, por outro, em adotar um tipo de seguimento que privilegia o sujeito que a criança é.

Neste tipo de proposta estamos privilegiando, desde o primeiro momento, quer a singularidade da pessoa, quer a historicidade do social, na medida em que procuramos não realizar reduções analíticas do sujeito ou do seu ambiente. A compreensão dos fatores que estão efetivamente modelando o desenvolvimento foi a base da metodologia adotada.

Conforme discutido na introdução, através de escalas de desenvolvimento é possível a observação de comportamentos esperados para a idade. Contudo, essas escalas apenas orientam a observação, estabelecendo pontos de corte/indicadores que apontam para a necessidade de intervenção dirigida a problemas específicos, desconsiderando assim os aspectos dinâmicos do cotidiano que determinam o desenvolvimento.

A ficha utilizada neste estudo, sob o ângulo operacional mostrou-se satisfatória, aten-

dendo aos requisitos de simplicidade e praticidade. No entanto sua sensibilidade para a identificação de situações que realmente merecem atenção diferenciada não se mostrou satisfatória já que os “desvios” identificados pela ficha também o poderiam ser através de simples observação clínica.

O que nos parece fundamental num instrumento de acompanhamento de desenvolvimento é a sua capacidade de identificação preditiva de situações que podem levar a agravos ao desenvolvimento. Dentro dessa perspectiva, a ficha utilizada não apresenta contribuições importantes.

Poderíamos dizer que a ficha proposta serve como indicador de agravos já instalados, porém, não discrimina variações nos perfis de desenvolvimento, impossibilitando assim o seu uso como instrumento de “screening”.

Nessa medida ela se apresenta como um instrumento complementar aos outros utilizados. Por si só é incompleta e pode levar a segmentações num sentido inverso à nossa proposta.

Quanto ao seu alcance, nada podemos afirmar no momento embora haja indícios de que deveriam ser melhor definidos os critérios para aplicação, normas de procedimento e descrição mais precisa da situação e do comportamento esperado.

Do ponto de vista dos instrumentos propostas, dois apresentaram sérios inconvenientes: os indicadores dos organizadores de Spitz e a relação mãe-criança.

Os indicadores de Spitz: o sorriso, o medo de estranho e o “não”, revelaram-se muito ricos do ponto de vista teórico, porém difíceis de serem aproveitados do ponto de vista prático uma vez que não são indicadores discriminatórios, além de serem de difícil observação. Desse modo, não indicamos a sua utilização isolada para acompanhar o desenvolvimento, embora, de um modo geral, eles estejam incluídos nas escalas frequentemente utilizadas.

A relação mãe-criança é o contexto de base sobre o qual se destaca o crescimento e o desenvolvimento da criança. O instrumento proposto mostrou-se muito detalhado, tendo sido abandonado e substituído por um procedimento não sistematizado de observação registrando de forma descritiva o que os pesquisadores percebiam como importante na situação de interação. Poderemos, no futuro, analisar essas observações e propor um método de descrição da relação mãe-criança baseada nessa experiência.

Os demais instrumentos, após as adequações efetuadas parecem muito úteis e valiosos quanto ao tipo e quantidade de informação que contêm.

A segunda questão a abordar refere-se ao contexto onde o processo de desenvolvimento se dá e ao seu acompanhamento.

O que se observou neste trabalho foi que o caráter preditivo do acompanhamento do desenvolvimento, ou seja, seu sinalizador, é dado pelo contexto onde o processo se desenrola.

A apreensão da subjetividade, por sua vez, implica na apreensão da rede de comunicações afetivas que cerca a criança. Com isso, o estudo da família, quer nos aspectos estruturais, quer nos aspectos dinâmicos, revela-se da maior importância. De um modo inteiramente associado, o ambiente físico, a casa, e seus arredores são componentes essenciais para a compreensão da singularidade da criança da mãe e da família, assim como do meio social mais amplo onde está inserida.

O “contexto subjetivo” pode ser observado a partir de dois referentes: o meio ambiente físico, concreto onde vive a criança; e o meio relacional.

Acreditamos que o desenvolvimento infantil seja o resultado de relações humanas e objetivas múltiplas vivenciadas pela criança; observamos que os “sinais” de alerta para o desenvolvimento encontram-se nestes “ambientes”, ou seja, a partir do ambiente pode-se prever alguns tipos de agravos ao desenvolvimento.

Observamos que o ambiente físico pode colocar barreiras também físicas ao desenvolvimento; num primeiro momento expressas em dificuldades motores e, em situações mais críticas, em dificuldades psicológicas específicas no plano cognitivo e afetivo.

Destacamos quatro descritores do ambiente físico importantes no processo aqui discutido: a disponibilidade de espaço físico para o exercício das atividades diárias da criança, e a ocupação (física) e utilização (funcional) deste mesmo espaço; todos os aspectos envolvendo a segurança, física e emocional; o modo de vida, coletivizado ou privatizado; e o tipo de organização.

Conforme discutido anteriormente, o ambiente relacional apresenta-se como forte referente ao procurar-se sinalizadores preditivos do desenvolvimento infantil. O ambiente relacional pode ser recuperado através do estudo da estrutura familiar e da relação mãe-criança.

A estrutura familiar pode ou não se “perpetuar” através da relação mãe-criança; neste sentido sua caracterização é importante.

O “estilo relacional” ou “perfil relacional” vivenciado por dada criança em particular pode reforçar ou atuar como barreira a outros componentes intrínsecos e extrínsecos à criança, facilitando ou dificultando o desenvolvimento harmonioso desta (não negando aqui os conflitos próprios e esperados do processo de desenvolvimento infantil).

A caracterização do “perfil relacional” no qual a criança vive parece-nos um importante aliado no trabalho de prevenção de dificuldades de desenvolvimento, sejam elas expressas em dificuldades de desempenho funcional ou de estruturação interna (afetiva) da criança.

A terceira questão a discutir diz respeito aos procedimentos e ações através dos quais a avaliação do desenvolvimento deve ocorrer.

Merece destaque o enfoque do desenvolvimento como pertencendo à área da saúde; nesta ótica, colocamos esse tipo de acompa-

nhamento como o único caminho para promover a saúde integral da criança e não apenas impedir a doença. Para isso, a visita domiciliar é uma estratégia imprescindível, pois apenas *in loco* é possível apreender o que chamamos o fator emergente. Esse fator emergente é o resultado de um conjunto de forças dinâmicas que atuam sobre a criança de um modo único e que acabam por determinar a direção em que o desenvolvimento se processará, quer através de facilidades, quer através de obstaculizações.

Nossa proposta básica é que a visita domiciliar seja incorporada ao atendimento usual nas Unidades Básicas de Saúde. Sabemos das objeções e resistências que essa proposta ocasionará.

Queremos, no entanto, sublinhar que se o acompanhamento do desenvolvimento é priorizado buscando obter alterações efetivas através de interferências precoces, a visita domiciliar é um procedimento sem o qual nos parece impossível tal tarefa. Isto porque: 1º) quando a criança chega com uma queixa ao Centro de Saúde já está doente; e 2º) porque é impossível prever a ocorrência de alterações na saúde infantil (e por extensão no desenvolvimento) sem se conhecer o *locus*, físico e interpessoal, onde o mesmo ocorre. Por outro lado, o conhecimento do contexto social da criança facilita o encaminhamento de intervenções que se coloquem como necessárias de forma precoce. Além das questões levantadas, do ponto de vista teórico, por extensão apenas desse modo poder-se-á conhecer o contexto real, físico e relacional, da criança brasileira.

Quanto à questão nuclear da proposta de acompanhamento, a abordagem domiciliar, não nos parece que a sua periodicidade necessariamente deva ser a mesma da realizada no estudo, quando colocada em uma situação de acompanhamento em serviço. Há situações que permanecem estáveis e que uma vez observadas em domicílio, podem ser acompanhadas no Centro de Saúde.

Acreditamos ser imprescindível uma visita entre zero e 3 meses para caracterização do ambiente físico, anamnese familiar e observação da interação mãe-criança, bem como observação, em situação natural, de marcos do desenvolvimento biopsicossocial. Conforme o resultado dessa visita, deverá haver uma segunda entre 6 e 9 meses. Se a observação determinar um ambiente favorável, a próxima visita poderá ser efetuada nove meses após a primeira. E a terceira, quinze meses após a primeira.

Ou seja, nos dois primeiros anos de vida dois momentos dentre as visitas são fundamentais: aos 9 meses, porque o bebê já está iniciando outra fase de desenvolvimento, o início da autonomia; e aos 18 meses, porque já estará exercitando-a totalmente. Nesse sentido, deverá haver uma harmonia entre as mudanças apresentadas pela criança e a adaptação ambiental, fato este a ser observado durante as visitas.

Tanto a observação da relação mãe-criança, quanto a observação da criança devem ser registradas pelo Visitador com base na descrição dos comportamentos observados sem interpretação prévia. Tais observações deverão ser norteadas por roteiros semiestruturados cujos tópicos básicos constam dos instrumentos aqui apresentados.

Um dos pontos importantes a ser observado na visita domiciliar é a harmonia entre as mudanças apresentadas pela criança e a adaptação ambiental.

Uma questão importante que se coloca na proposta aqui apresentada é o tipo de profissional que deverá ser responsável pela visita. Acreditamos que, frente à realidade apresentada pelos Serviços de Saúde no que diz respeito à questão dos recursos humanos, tal visita poderá ficar a cargo do pessoal auxiliar de enfermagem. E, para tanto, devemos ressaltar a necessidade da capacitação para tal atividade. A equipe técnica deverá ter sob sua res-

ponsabilidade o planejamento e a execução tanto da capacitação quanto da supervisão periódica. Através de reuniões sistemáticas, os dados das visitas domiciliares, completados com os dados das consultas médicas, poderão nortear o foco de intervenção quando esta se mostrar necessária, seja dirigida à criança, à mãe, à família, etc.

Finalizando estas reflexões, o objetivo do método de acompanhamento aqui adotado é o de promover a integração familiar a níveis de adaptação eficazes, de forma que esta (a família) possa ser “contínua” para as demandas próprias de cada fase de desenvolvimento da criança.

Em resumo, o acompanhamento do desenvolvimento infantil efetuado através do método aqui proposto, que associa as abordagens intra-institucional e intrafamiliar, possibilita alguns avanços:

- a) promovendo um seguimento indefinido no tempo (de longa duração), desenvolve uma mentalidade de assistência preventiva permanente tanto à criança quanto ao grupo familiar;
- b) em termos de prevenção secundária ou terciária, o procedimento de busca ativa do contexto familiar onde o desenvolvimento se dá, permite detectar situações de desintegração instalada que só muito mais tarde ou nunca seriam objeto de ajuda especializada, evitando assim o agravamento ou a instalação de problemas de desenvolvimento;
- c) no que se refere ao vínculo entre unidade de saúde e clientela este passa a ser personalizado, identificado através de um profissional que atende a determinada família, evitando assim a impessoalidade no atendimento e a diluição da responsabilidade no anonimato institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTHUSSER, L. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Lisboa, Editorial Presença, 1980.
2. ARIES, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1981.
3. BERENSTEIN, I. *Família e Doença Mental*. São Paulo, Escuta, 1988.
4. BOLTANSKI, L. *Puericultura y Moral de Classe*. Barcelona, Laia, 1974.
5. BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo, Pefspectiva, 1974.
6. _____ . *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro, Difel/Bertrand, 1989.
7. BOURDIEU, P. e outros. *Le Metier de Sociologie*. Paris, Haia, Mouton, 1973. Apud: BRIOSCHI, L. A.; TRIGO, M. H. B. *Família: Representação e Cotidiano*. São Paulo, CERU, 1, 1989.
8. BOWLBY, J. "Developmental Psychiatry Comes of Age". *American Journal of Psychiatry*, 145:1, January, 1988, pp. 1-10.
9. DOLLE, J. M. *De Freud a Piaget*. Lisboa, Moraes, 1979.
10. GESELL, A. "A criança dos zero aos cinco anos". *O Bebê e a Criança na Cultura dos Nossos Dias*. Lisboa, Dom Quixote, 1979.
11. GOMES, J. V. "Do Campo à Cidade: As transformações nas práticas educativas familiares". *Cad. Pesq.* 64.48-56. São Paulo, 1988.
12. GRUNSPUN, H. *Distúrbios Psiquiátricos da Infância*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1966.
13. KOSKAS, A. "Un prenom et un nom pour décriere un corp" (mimeografado).
14. MARTINE, G. & CAMARG, L. "Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes". Brasília, CNRH/IPEA, 1983 (mimeografado).
15. MAHLER, M. *O Nascimento Psicológico da Criança*. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.
16. MOORE, S. "Mother-child interactions and competence in infantes and toddlers, a research review". *Young Children*, 32: 64-88, 1977.
17. MUSSEN, P. H. *O Desenvolvimento Psicológico da Criança*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
18. OLIVEIRA, D. C. "Representação Social sobre o Desenvolvimento Infantil: Dimensões do Saber Técnico - Profissional e do Senso Comum". São Paulo, 1991 (Monografia de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP).
19. PAPOUSEK, H. & PAPOUSEK, M. M. "Learning and cognition in the every day life of human infante". *Advances in the study of behaviour*, 14:137-159, 1984.
20. POSTER, M. *Teoria Crítica da Família*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
21. RYAD, S. "Psicoterapia Preventiva da Família", in: *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2:9, Fevereiro, 1989, pp. 16-18.
22. SANTOS, N. G. et al. "A Utilização dos Organizadores da Psique de Spitz como Instrumento de Acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças". *Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.* 1:(2). São Paulo, Ed. Iglu, 1991.
23. SCOTT, R. P. "Comparáveis ou incomparáveis? Famílias de trabalhadores rurais, pobres urbanos e classe média (um roteiro de pesquisa sobre o uso social do trabalho)". In: *Seminário- Nordeste o que que há de novo? Rio Grande do Norte*, pp. 45-46, 1988 (mimeografado).
24. SPITZ, R. A. *O Primeiro Ano de Vida: Um Estudo Psicanalítico do Desenvolvimento Normal e Anômalo das Relações Objetais*. São Paulo, Martins Fontes, 1979.
25. _____ . *O Não e o Sim. A Gênese da Comunidade Humana*. São Paulo, Martins Fontes, 1978.
26. VALETT, R. E. *Tratamento de Distúrbios da Aprendizagem: Manual de Programas Psicoeducacionais*. São Paulo, Ed. USP 1971.

29. WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro. Imago, 1975.
28. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD AMBIENTE “Nutrición y desarrollo mental”. Washington, D.C., 1983 (OPAS - Publ Cient., 450).
29. FUNDAÇÃO IBGE - Centro Demográfico de São Paulo: dados gerais migração, instrução, fecundidade, mortalidade. Rio de Janeiro, 1982 v. 1, nº 19 (Recenseamento Geral do Brasil, 9, 1980).
30. FUNDAÇÃO SEADE - Estado de São Paulo: população projetada por sexo e faixa etária segundo distritos. São Paulo, 1984.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Ações Básicas de Saúde - Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento. Brasília, 1984.
32. PROGRAMA do Centro de Saúde “Geraldo de Paula Souza”. São Paulo, Centro de Saúde “Geraldo de Paula Souza” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1983 (mimeografado).
33. RELATÓRIO do trabalho de campo multiprofissional realizado no subdistrito de Vila Madalena - São Paulo; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1981, 4 v. (mimeografado).
34. REVISTA CENTROAMERICANA DE CIENCIAS DE LA SALUD. Costa Rica, Confederación Universitaria Centroamericana, nº 7, mayo/agosto, 1977.