

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL GRAVE

Fernanda Tebexreni Orsati

Mestranda em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

Elizeu Coutinho de Macedo

Professor do Programa de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

RESUMO

Avaliação Neuropsicológica de pacientes com quadros neuro-motores severos, como a Paralisia Cerebral, necessita de flexibilidade e desenvolvimento de novos procedimentos. Tais procedimentos devem levar em consideração aspectos psicológicos e outras habilidades que não são tradicionalmente avaliados. Foram avaliados 201 pacientes internados em uma instituição para pacientes com paralisia cerebral grave quanto a habilidades e características como: comportamento, humor, linguagem, interação e contato. Análise das habilidades sociais e sensoriais revelou que apenas uma pequena parcela dos pacientes foi capaz de satisfazer todos os critérios, assim, conforme aumenta o grau de complexidade exigido, diminui o número de pacientes que o satisfaçam. Observou-se ainda que menos da metade dos pacientes possui interação ou contato, para os quais uma intervenção psicopedagógica deve ser priorizada. Esse estudo apontou as habilidades, potencialidades e limitações dos pacientes e permitiu constatar a dificuldade de um trabalho psicológico, e a necessidade de uma avaliação mais completa nos pacientes que mostraram alguma resposta de contato e interação.

Palavras-chave: paralisia cerebral, diagnóstico psicológico, observação de comportamento

1 INTRODUÇÃO

A Neuropsicologia é uma ciência aplicada à expressão comportamental de uma disfunção cerebral e que envolve quatro principais propostas: diagnóstico, cuidados com o paciente, tratamento e pesquisa (LESAK, 1995). A importância de um diagnóstico investigativo das áreas cerebrais nos leva a indicação das funções mentais prejudicadas e, portanto a possibilidade de tratamento. A prática da Avaliação Neuropsicológica é complexa,

pois lida com uma grande variedade de problemas, de comportamentos e de capacidade dos pacientes. Tal quadro complexo necessita de uma flexibilidade e curiosidade para que novas descobertas e, portanto novos procedimentos possam ser feitos (LESAK, 1995). Essa flexibilidade é necessária principalmente quando se lida com pacientes com lesões severas e que não possuem habilidades necessárias para uma avaliação formal, por exemplo, aplicação de testes neuropsicológicos.

Apesar destas dificuldades da avaliação, nos últimos anos, pacientes com severos danos cerebrais se beneficiaram dos avanços produzidos pela Neuropsicologia na compreensão da pessoa com distúrbio neuro-motor severo, tal como, a paralisia cerebral. A atenção às dificuldades de pessoas com paralisia cerebral não pode obscurecer a necessidade de um atendimento holístico à educação, cognição e socialização da criança (LIN, 2003). Assim, a avaliação destes pacientes deve levar em conta diversos aspectos psicológicos.

A paralisia cerebral (PC) ou encefalopatia crônica não progressiva da infância é consequência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional da criança (WHO, 1999). As encefalopatias crônicas são lesões de maior ou menor proporção no encéfalo. O quadro denominado não-evolutivo designa uma lesão anamopatológica estacionária, estabelecida, significando que em casos de grandes malformações grandes ou extremas do encéfalo, as crianças podem permanecer praticamente “estacionadas” em um determinado estágio evolutivo (DIAMENT, 1996).

Dentro do espectro PC encontram-se quadros clínicos dos mais heterogêneos com etiopatogênias múltiplas, porém existem duas limitações características para sua conceituação: uma síndrome neurológica com caráter não-evolutivo e sintomatologia caracterizada por um “transtorno motor” (DIAMENT, 1996). Além disso, mostra-se sua freqüente associação a retardo mental, defeitos sensoriais e epilepsia (ARTS et al., 1988, *apud* BRUCK et al. 2001).

A neuroimagem, em particular a ressonância magnética, tem ajudado a clarear as causas e o momento da lesão. Distanciando assim o debate da anóxia do parto que provavelmente é responsável por apenas 10% dos casos, e focando-se em exames antecedentes, no feto evitando leucomalacia periventricular, que segundo o autor é a destruição ou perda de massa branca, responsável por 70% dos casos de PC em crianças nascidas antes de 32 semanas de gestação (LIN, 2003).

Existem diversas classificações para a paralisia cerebral: quanto ao 1) tipo de lesão cerebral, 2) momento da lesão cerebral, 3) localização da lesão cerebral, 4) topografia dos

sintomas, 5) manifestações motoras e 6) impacto funcional (LIN, 2003). Dentre as possíveis classificações utiliza-se mais usualmente a classificação dos tipos clínicos de PC quanto à suas manifestações motoras, dividindo-se em três grupos principais: espástica, atetósica e atáxica. A forma espástica, correspondente a três quartos dos casos de PC tem como tipos clínicos a tetraplegia, a hemiplegia e a diplegia crural (DIAMENT, 1996).

Crianças com PC da forma espástica tetraplégica não seguem as etapas normais de desenvolvimento psicomotor, e não usam corretamente os membros para as praxias de defesa e manipulação de objetos. Elas não sustentam a cabeça, não sentam, ou engatinham no tempo normal de desenvolvimento, apresentando limitação nas atividades e contato muito pobre. Têm dificuldade para deglutir e mais tarde mastigar, assim como apresentam sialorréia contínua em função da disfagia e incapacidade de cerrar a boca. Possuem ainda grande dificuldade na aquisição de linguagem, apresentam inteligência afetada e 50% dos pacientes apresentam convulsões (DIAMENT, 1996).

Já pacientes da forma hemiplégica, tem somente um hemisfério do corpo afetado. Os membros do lado hemiplégicos tendem a se atrofiar e tornarem-se mais curtos do que os sãos. A inteligência e a linguagem desse pacientes são menos afetadas, assim como tais pacientes têm menos crises convulsivas (DIAMENT, 1996).

A diplegia cerebral é um quadro clínico de difícil diagnóstico, no início, por ter grande predomínio de distúrbios motores e do tono nos membros inferiores, por isso a necessidade de um exame neurológico detalhado. Pacientes com este quadro apresentam também dificuldade de locomoção, retardo na aprendizagem, disartria, menos incidência de convulsões e linguagem normal em 50% dos casos (DIAMENT, 1996).

Enfim, a pesquisa psicológica com pacientes portadores de paralisia cerebral grave é escassa na literatura, e se mostra de grande importância para o estabelecimento de propostas de intervenção.

Em uma avaliação neuropsicológica de pacientes com comprometimento motor severo deve-se observar habilidades e características específicas, tais como: humor, comportamento, linguagem, contato e interação. O objetivo do presente trabalho foi o de caracterizar psicologicamente os pacientes internados em uma instituição da cidade de São Paulo, sendo avaliados os comportamentos, habilidades sociais, habilidades sensoriais e interação dos pacientes. Tal avaliação trás a possibilidade de uma análise sobre a intervenção psicológica com esses pacientes.

2 MÉTODO

2.1 SUJEITOS

A amostra abrangeu 201 pacientes internados em uma instituição para portadores de paralisia cerebral da cidade de São Paulo.

2.2 INSTRUMENTO

Ficha de Avaliação Psicológica (Observação Subjetiva) elaborada pela Psicóloga da instituição. A ficha era composta de um questionário do tipo “check-list” com características e habilidades específicas que deveriam ser observados nos pacientes, como por exemplo, se possui ou não comportamento agressivo. No caso afirmativo, o pesquisador qualificava as características e as habilidades em função da sua severidade (tipo de comportamento agressivo). As características e habilidades avaliadas foram: comportamento, humor, linguagem, interação e contato.

O *comportamento* é definido, segundo Lezak (1995), como a relação de três sistemas funcionais: *cognição* que é como se lida com a informação; *emoção*, que releva os sentimentos e motivações; *funções executivas*, que estão relacionadas com a expressão do comportamento. Utilizou-se, na presente pesquisa, algumas categorias para classificar o comportamento dos pacientes. A primeira foi comportamento tranqüilo definido como quando o paciente normalmente fica parado e quieto, com fala e movimentação em alguns momentos do dia. Já na categoria comportamento agitado o paciente movimenta-se, fala ou balbucia repetidamente ao longo do dia. O comportamento hiperativo é a exacerbação do comportamento agitado aumentando em grau e intensidade, assim como o hipoativo, é um comportamento em grau e intensidade maior do que o tranqüilo. O comportamento tido como agressivo foi definido pela agressão do paciente a si ou a outros, verbal e fisicamente e por último o comportamento indiferente é aquele em que o paciente não demonstra nenhum tipo de reação comportamental a estímulos do ambiente. Na categoria *comportamento* também se considerou o instável, quando o paciente oscilava entre comportamento tranqüilo e agitado.

A avaliação do *humor* pode ser tida como a disposição de ânimo, que é produto direto das emoções. Convencionalmente diz-se que os seres humanos avaliam uma situação em termos cognitivos, o que cria uma emoção ou humor que dirige uma resposta expressa pelo

corpo (RATEY, 2002). Existem ainda quatro emoções básicas que são definidas: medo, ira, tristeza e alegria. O humor alegre é quando o paciente demonstra reações ao ambiente de maneira feliz, prazerosa e muitas vezes com sorriso motivado e inserido no contexto. Já um humor eufórico foi entendido como uma excitação exacerbada, sorrisos imotivados e não apropriados ao contexto. O conceito de humor apático foi aplicado quando paciente mostrava-se permanentemente quieto, sem movimentação, fala ou balbucio e sem resposta ao ambiente. Quando o paciente permanecia chorando, demonstrando descontentamento ou tristeza foi considerado um humor choroso. Considerou-se ainda a instabilidade de humor, ou seja, quando o paciente apresentava ciclos: alegre e apático; alegre e choroso.

Ratey (2002) define *linguagem* como a representação de pensamentos em símbolos permitindo funcionarmos em um mundo social, avaliarmos as nossas emoções e mudarmos o nosso comportamento. Completa ainda que seja a capacidade não somente para se comunicar, mas também para planejar e orientar a ação futura. A linguagem verbal foi considerada quando a criança tem verbalizações com intenção de comunicação, linguagem não verbal é quando o paciente utiliza gestos, movimentos e o olhar para comunicar o que gostaria, e a ausência de qualquer meio de se comunicar foi considerada como não possuindo linguagem.

O *contato* deriva da função psíquica da atenção. E uma definição de atenção é que esta está relacionada com capacidades ou processos de como o organismo se torna receptivo a estímulos e como isso pode incitar o processamento ou atendimento desta excitação (JOHNSTON; DARK, 1986). No presente estudo entende-se contato como o estabelecimento de uma atenção voltada para o avaliador ou outro profissional que esteja lidando com o paciente.

Por fim, a *interação*, pode ser conceituada como a capacidade objetiva de um indivíduo dar uma resposta com significado. Pressupõe a compreensão dos possíveis estímulos desencadeadores da resposta e do contexto no qual a mesma está envolvida. Portanto considerou-se interação como a capacidade do paciente em desenvolver comportamentos recíprocos a estimulação ambiental, para a qual ele deve responder e estabelecer uma relação; no caso de objetos ele deve manipulá-los e/ou explorá-los.

2.3 PROCEDIMENTO

As avaliações foram realizadas pelas estagiárias do setor de Psicologia e a Psicóloga, no período de 23/01/04 à 05/08/04 nos leitos dos pacientes. Após a realização das avaliações os dados foram tabulados e analisados.

3 RESULTADOS

Dentre os pacientes avaliados 92 (45,8%) são do sexo masculino e 109 (54,2%) do sexo feminino. A idade média dos pacientes é de 27 anos e 3 meses, sendo que o paciente mais velho tinha 58 anos e o mais novo apenas 1 ano. O tempo de internação médio é de 18 anos, variando em um máximo de 41 anos e um mínimo de 9 meses.

Foram analisadas as habilidades e características, sendo observados os seguintes resultados:

Quanto ao contato, 25% dos pacientes apresentam um bom contato, 9% um contato razoável, 7% um contato pobre e 16% um contato precário; 43% dos pacientes avaliados não possuem contato.

Na avaliação da interação constatou-se que 10% dos pacientes interagem apenas com as pessoas, 2% interagem somente com objetos e 33% interagem tanto com pessoas quanto com objetos. Assim, 54% não interagem nem com pessoas nem com objetos e em 2 pacientes não foi possível avaliar a interação.

Na avaliação do comportamento tem-se que 65% dos pacientes são tranquilos, 12% possuem comportamento agitado, apenas 1% podem ser classificados como hiperativos, 6% como hipoativos, 2% como agressivos e 8% indiferentes. Dos pacientes avaliados 6% têm comportamento instável, oscilando entre tranquilo e agitado.

Quanto ao humor nota-se que 36% possuem humor alegre, 1% eufórico, 6% apático e 3% choroso. Pode-se ainda perceber que 2% dos pacientes têm um humor instável, destes, 1% oscilava entre alegre e apático e mais 1% entre alegre e choroso. Em 52% dos pacientes não foi possível avaliar o estado de humor.

Avaliando-se a linguagem dos pacientes 15% possuem linguagem verbal, 22% linguagem não-verbal e 63% não possuem linguagem. A *Tabela 1* mostra o número de sujeitos que possuem ou não percepção visual e tátil.

Tabela 1. Frequência de pacientes com percepção visual e tátil:

| | Visual | Tátil |
|-----|--------|-------|
| SIM | 149 | 152 |
| NÃO | 52 | 49 |

Ou seja, analisando as porcentagens dos recursos perceptivos dos pacientes podemos perceber que 74,1% possuem percepção visual e 75,6% possuem percepção tátil.

As habilidades sociais foram avaliadas em seus diversos componentes. A *Tabela 2* sumaria essas habilidades adquiridas pelos pacientes pesquisados.

Tabela 2. Frequência de pacientes em função das habilidades sociais:

| | SIM | NÃO |
|--------------|-----|-----|
| Contato | 65 | 136 |
| Sorriso | 137 | 64 |
| Descontente | 99 | 102 |
| Choro | 93 | 108 |
| Chamado | 84 | 117 |
| Ordens | 47 | 154 |
| Entende s/n | 38 | 163 |
| Responde s/n | 28 | 173 |
| Repete | 19 | 182 |
| Nomeia | 15 | 186 |
| Descreve | 5 | 196 |

Depreende-se da tabela anterior que 32% dos pacientes mantêm contato ocular. E em uma função decrescente percebem-se as outras habilidades: 68% sorriem, 49% são capazes de expressar-se descontente e 46% choram como expressão de incômodo. Dentre os pacientes avaliados 42% atendem quando chamado pelo nome, 23% compreendem ordens, 19% entendem sim e não, 14% respondem sim e não, 9% repetem, 7% nomeiam e por fim apenas 2% dos pacientes têm a habilidade de descrever um objeto.

Foram avaliados também os movimentos repetitivos, e nota-se que 42 (21%) pacientes possuem movimentos repetitivos. Dentre esses pacientes 29% possui balanço de tronco, 23% balanço de cabeça, 31% movimentam as mãos repetitivamente, 5% somente movimentam os

dedos, ainda 5% põe e tira a mão da boca e bate os dentes repetitivamente; por fim 2% faz movimentos com a boca. Embora não tenha sido observado diretamente pelas avaliadoras, outras características comportamentais foram descritas por profissionais de apoio. Desta forma, 28 (14%) pacientes foram descritos como apresentando comportamento de auto-agressão, sendo o mais freqüente o comportamento de morder-se (32% dos casos), seguida por bater-se (26%). Cocar-se e bater a cabeça no berço ocorre em 11% e por fim em 5% dos casos os pacientes arranham-se e puxam o cabelo, assim como batem a mão no berço e colocam a mão na boca com força.

Em relação às atividades preferidas os pacientes mais gostam das brincadeiras em 40% dos casos, seguida pela música em 31% dos pacientes, 27% gostam do trabalho de reabilitação e 15% têm como atividade preferida a televisão. A Tabela 3 apresenta as atividades preferidas pelos pacientes.

Na Tabela 3 atividades preferidas dos pacientes:

| | Sim | Não | Nunca participou | Indiferente | Impossível avaliar |
|----------------|-----|-----|------------------|-------------|--------------------|
| Música | 62 | 0 | 0 | 15 | 124 |
| Televisão | 30 | 1 | 9 | 7 | 154 |
| Brincadeiras | 80 | 0 | 0 | 2 | 119 |
| Re/habilitação | 55 | 1 | 2 | 2 | 141 |

Na grande maioria, aproximadamente 70% dos casos, não foi possível avaliar a preferência por: televisão, trabalhos de reabilitação; música e brincadeiras. Em poucos pacientes identifica-se a não preferência por tais atividades, não tendo nenhum caso para música ou brincadeiras e não chegando a 1% em trabalhos de reabilitação e televisão. A não participação de tais atividades também aparece em poucos casos: 4% para televisão e 1% para trabalhos de reabilitação. Devido a sua condição física alguns pacientes mostram indiferença em relação à tais atividades: 7% em relação à música, 3% à televisão e 1% em relação tanto a brincadeiras quanto trabalhos de reabilitação.

4 DISCUSSÃO

Frente aos resultados obtidos observa-se que há mais mulheres internadas na instituição avaliada do que homens, em uma diferença de 8,4%. Nota-se quase metade dos pacientes não apresenta contato com outras pessoas, no entanto, aqueles que possuem, em sua maioria, ele é de boa qualidade. Assim como a interação, a qual um pouco mais da metade dos pacientes não possui, no entanto dos que possuem interação a maioria interage tanto com objetos quanto com pessoas. Discute-se então a possibilidade de intervenção psicopedagógica com esses indivíduos, pois para que essa seja eficaz é necessário do paciente um mínimo contato e interação, ou mesmo um contato de olho que ocorre em apenas 32% dos pacientes.

Outro dado interessante é a que 149 pacientes possuem percepção visual, porém apenas 65 desenvolveram o contato de olho, ou seja, os órgãos visuais estão supostamente intactos, e a deficiência, portanto está comprovadamente relacionada a funções cognitivas.

A maioria dos pacientes sorri, mesmo sem apresentar contato ou interação, levante-se a possibilidade de um sorriso sem significado, sem conexão com a estimulação do ambiente, em muitos dos pacientes.

Percebe-se, quando se refere às habilidades, conforme elas vão se tornando mais complexas vai diminuindo-se a porcentagem de pacientes que as possui. Ou seja, observando na Tabela 2 vê-se que a uma faixa mais ou menos estável de pacientes mostra-se descontentes e chora. Cerca de metade das crianças conseguem atender quando chamados pelo nome. Já a compreensão de ordens mais simples e dar respostas do tipo sim e não é observado em apenas 20% dos pacientes. Por fim, tarefas como repetição, nomeação, e descrição aparecem em uma porcentagem muito pequena dos pacientes que possivelmente são os pacientes que possuem o cognitivo mais preservado. Com isso vê-se a dificuldade de aprendizado de habilidades tanto sociais quanto educacionais dos pacientes com paralisia cerebral grave hospitalizados.

Com essa deficiência de habilidades, falta de interação e contato, em muitos pacientes, têm-se uma dificuldade muito grande de se avaliar o estado psicológico dos mesmos. Esses resultados demonstram a dificuldade de uma avaliação mais minuciosa envolvendo aspectos da relação com a doença, com o tratamento, questões como auto-estima, ou até doenças mais graves como depressão. No entanto, destes pacientes, a grande maioria possui um bom estado psicológico geral, o que designa um bom prognóstico para o tratamento ou mesmo para sua vida cotidiana.

Em relação às atividades preferidas percebe-se a impossibilidade de avaliar a grande maioria dos pacientes, com isso discute-se a dificuldade dos profissionais que lidam com tais pacientes de proporcionar estimulação, tanto física, através de fisioterapia, quanto estimulação auditiva, visual, social e educacional, para um melhor desenvolvimento dos mesmos.

5 CONCLUSÕES

Conclui-se que a Avaliação Psicológica a partir da observação e registro de características e habilidades pode ser realizada em instituições com pacientes com quadro neuro-motor severo, sendo de grande relevância para o estabelecimento de programas de intervenção. Isso se deve ao fato da avaliação ter exposto o tipo de população internada no hospital, suas habilidades e potencialidades, assim como suas limitações. Permitiu-se com isto constatar a dificuldade de um trabalho psicológico com tais pacientes e a necessidade de uma avaliação mais completa nos pacientes que mostraram alguma resposta de contato e/ou interação. Essa avaliação seria necessária para um posterior trabalho mais específico com tais pacientes a fim de potencializar suas habilidades e desenvolver capacidades. Tais especificidades podem ser acessadas através da utilização de Escalas de Desenvolvimento e de Inteligência.

A presente avaliação tem uma grande influência do aplicador e por isso tem a conotação de subjetiva que lhe foi atribuída. Portanto, se realizada por outro aplicador ou em outro momento, pode divergir dos dados expostos, essencialmente em pacientes que passam por terapias. Enfim, percebe-se a grande valia de procedimentos de avaliação em Psicologia pela importância de se caracterizar a população referida e só então a execução de um trabalho especializado condizente com o quadro clínico do paciente.

ABSTRACT

Evaluation of patients with severe neuro-motor conditions, as cerebral palsy, needs flexibility and the development of new procedures. The neuropsychological assessment of these patients must take other psychological aspects and abilities in account. On the present study 201 patients, hospitalized in a cerebral palsy institution, were assessed on their abilities and characteristics as: behavior, humor, language, interaction and contact. Analyses of social and sensorial abilities revealed that a small percentage of the patients met all the criteria, so as the social and sensorial

abilities get complex, less patients meet the criteria. In addition, it was observed that less than half of the patients have contact e interaction preserved. Concerning these patients, with contact and interaction, a psychological and educational approach must be used. This research have pointed patient's abilities, potentials and limits and allowed to show a difficulty on the psychological intervention and the need of a more complete evaluation of the patients that had their contact and interaction preserved.

Keywords: Cerebral palsy, Psychological assessment, Behavior observation

REFERÊNCIAS

BRUCK, Isac, ANTONIUK, Sérgio Antônio, SPESSATTO, Adriane *et al.* Epilepsy in children with cerebral palsy. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. Mar. 2001, vol.59, no.1 [cited 13 December 2004], p.35-39. Disponível em: www.scielo.br, ISSN 0004-282X

BURNS, R.B. *The Self-Concept* (4rd ed.). Londres: Longman, 1986.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DIAMENT , A. Encefalopatias Crônicas da Infância *in* DIAMENT , A. e CYPEL S. *Neurologia Infantil*, 1996.

GECAS, V. *The self-concept*. Annual Reviervs of Sociology: 1982.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário de psicanálise/* Laplanche e Pontalis; sob direção Daniel Lagache; tradução Pedro Tamen – 4ª edição – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEZAK, M. D. *Neuropsychological assessment* – 3rd edition – New York: Oxford University Press, 1995.

LIN, Jean-Pierre. The Cerebral Palsies:Physiological Approach. *Journal of Neurological and Neurosurgery Psychiatry* 74. Suppl. I 2003.

RATEY, John J. *O Cérebro – Um guia para o usuário*. Rio de Janeiro:Objetiva, 2002.

VAZ SERRA, A. *A importância do auto-conceito*. Psiquiatria Clínica: 1986.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION. International classification of function and disability. Geneva:WHO, 1999.

