PEDIATRIA MODERNA

6

VOLUME XXV
NÚMERO 6
DEZEMBRO/1990

TEMA ESPECIAL

ENDOCRINOLOGIA NA U.T.I. PEDIÁTRICA

Capa: Escola Oficina de Artes

Diretor-Médico: Friedrich T. Simon

CONSELHO MÉDICO CONSULTIVO

Benjamin I. Kopelman - São Paulo, SP.
Benjamin J. Schmidt - São Paulo, SP.
Eduardo Marcondes - São Paulo, SP.
Gerson Carakushansky - Rio de Janeiro, RJ
Izrail Cat - Curitiba, PR.
José Martins Filho - Campinas, SP.
Luiz Carlos Esperon - Rio Grande, RJ.
Meraldo Zisnan - Recife, PE.
Renato S. Procianoy - Porto Alegre, RS.
Ruy de Souza Rocha - Rio de Janeiro, RJ.

CONSELHO DE SELEÇÃO CIENTÍFICA

Cardiologia - Leonildo Kopel;
Cirurgia - Giovanni Cappellano;
Cirurgia Plástica - Jorge Miguel Psillakis;
Clínica Pediátrica - J. Murahovschi;
Emergência - Fernando Proença de Gouvêa;
Endocrinologia - Sérgio P. de Almeida Toledo;
Hematologia - Maria Brénha Ribeiro;
Hepatologia - Maria Adelaide Borges;
Nefrologia - Pincus Racowski;
Neuropediatria - R. Melaragno Filho;
Oftalmologia - Carlos Lopes Nunes;
Oncologia - Alois Bianch;
Pediatria Neonatal - Conceição A. M. Sègre;
Pneumologia - Norberto Oliveira;
Puericultura - Dráuzio Viegas;
Radiologia - Fernando Chammas;
Saúde Escolar - José Coimbra de Trindade;
Urologia - Sami Arap.

Editada por

GRUPO EDITORIAL MOREIRA JR.

Diretor-Presidente: Américo Moreira Júnior
Diretor Responsável: Friedrich T. Simon
Gerente Comercial: Maria Rachel Bellusci
Gerente Financeiro: Paulo Sant'Anna
Publicidade: J. H. Fransani
Diagramação e Produção: Victor F. Marcílio
Revisão: Lia Marcia Ando

Redação e Publicidade: Rua Henrique Martins, 493 - CEP 04504 - Fone: 884-9911 - Fax: 884-9993 - São Paulo - SP

Periodicidade: Mensal - **Composição:** Takano Artes Gráficas Ltda. - **Impressão:** CLY - **Fotolito:** Litograf Fotolito - **Tiragem:** 13.000 exemplares. **Editada por: Moreira Jr. Editora Ltda.** Rua Henrique Martins, 493 - CEP 04504 - Fone: 884-9911 - Fax: 884-9993 - SP - Brasil - **Distribuida por:** Datec - Distribuidora Mala Direta e Gráfica Ltda. Rua Américo Brasiliense, 1665 - São Paulo - SP - Reg. na Divisão de Censura e Diversões Públicas no D.P.F. sob nº 283.P. 209/73 - Reg. na Lei Imprensa, no 4º Cartório de Registro de Tit. e Docum. sob nº 6451/76, Livro A, em 07/12/76.

PEDIATRIA MODERNA é indexada no INDEX INTERNACIONAL DE PEDIATRIA.

PEDIATRIA MODERNA reserva-se todos os direitos, inclusive os de tradução, em todos os países signatários das Convenções Pan-Americanas e Internacional sobre Direitos Autorais: Assinatura anual: 40 BTNs - aérea US$ 110,00.

PEDIATRIA MODERNA

publicação de
moreira jr. editora ltda.

APRESENTAÇÃO

Dentre os novos campos que vieram enriquecer o domínio da Pediatria em anos recentes, sobressai por sua complexidade e suas características bastante particulares, a ***terapia intensiva pediátrica****. O destaque que esta sub-especialidade vem assumindo, no moderno atendimento à criança justifica plenamente que lhe dediquemos algumas páginas de PEDIATRIA MODERNA.*

Neste número damos, pois, início à abordagem de alguns temas de ***Endocrinologia em U.T.I. Pediátrica****, abordados por especialistas que militam em diversos Serviços de Terapia Intensiva Infantil da capital paulista. Assim é, que procedemos a uma atualização dos problemas representados pela* ***Insuficiência supra-renal, cetoacidose diabética e corticoterapia****, todos de maior importância para o "pediatria intensivista".*

Uma revisão do ***tratamento da icterícia neonatal****, pela equipe de Neonatologia da Faculdade de Medicina do ABC, trata de maneira concisa e objetiva os aspectos diagnósticos e terapêuticos fundamentais desta patologia, tão encontradiça no dia-a-dia dos neonatologistas.*

Finalmente, algumas considerações sobre o ***psicodiagnóstico infantil*** *sob o ponto de vista da Saúde Pública, completam a matéria científica desta edição, que encerra nossas atividades do ano que finda.*

A todos os leitores, um Feliz Natal, boas férias e um ótimo 91. E até o primeiro número de PM do próximo ano!

F.T. Simon
Editor Científico

ÍNDICE

Endocrinologia na U.T.I. pediátrica

231 O sistema endócrino na U.T.I. pediátrica
Mario Roberto Hirschheima

232 Insuficiência adrenal
Durval Damiani

239 Cetoacidose diabética
Carlos Alberto Longui

251 Corticoterapia
Hilton Kuperman

Artigos Originais

267 O tratamento da icterícia neonatal
Silvia Esperidião, Marilande Marcolin, Drauzio Viegas e Marizilda Martins Gavriloff

275 Psicodiagnóstico Infantil
José Roberto Sales

Psicodiagnóstico infantil
Uma atuação em Saúde Pública

José Roberto Sales*

Introdução

O objetivo do presente estudo é fornecer, para profissionais não-psicólogos que trabalham com a criança, principalmente médicos, professores e assistentes sociais, uma visão de como se realiza o trabalho do psicólogo com este grupo etário, em nível de psicodiagnóstico.

Na maioria das vezes, a necessidade do psicodiagnóstico surge a partir de dúvidas destes profissionais, essencialmente da área médica e escolar. Delimitar as implicações psicológicas num distúrbio da fala, da motricidade ou de qualquer esfera da aprendizagem escolar e da agressividade e hiperatividade em crianças com comprometimento orgânico(**) são os casos mais freqüentes.

Outro caso comum é a escola encaminhar para o psicodiagnóstico crianças com retardo mental. A queixa é de que a criança é repetente e lerda em tarefas rotineiras do ensino. Não foi percebido o retardo e, nessa situação, nossa tarefa consiste em expor o diagnóstico para a família, para a escola e o médico da criança, esclarecendo os limites reais de sua capacidade de aprender. Se necessário, entramos em contato pessoal com o médico ou com a professora.

Quando os sintomas estão superpostos e mascarados e uma multifatoriedade caracteriza o caso, tornando-o ainda mais complexo, a necessidade do psicodiagnóstico pode surgir do próprio psicólogo. É difícil e nem sempre possível sondar e esclarecer até onde vai, em determinada sintomatologia, o peso do orgânico e do psicológico. Muito de obscuro ainda permanece nesta fronteira, capaz de desafiar o mais arguto e treinado olho clínico. O laudo encaminhado ao remetente do caso é muito importante, no sentido de tornar mais claras estas implicações, que em nível teórico revivem a tradicional discussão da dicotomia corpo-mente.

Existem também casos simples, em que bastaria um pouco de percepção do professor para solucioná-lo. Daremos dois exemplos. Uma menina de sete anos chegou-nos encaminhada pela escola, com problemas de aprendizagem. Não conseguia discriminar diferenças nem copiar adequadamente. Descobrimos que, na verdade, ela não enxergava direito e a encaminhamos para o oftalmologista. Semanas depois veio a mãe procurar-nos, muito grata. Tudo tinha-se solucionado. A menina estava usando óculos.

Num outro caso, um menino de oito anos também encaminhado pela escola e já com a mãe um tanto aflita, não conseguia discriminar certas cores de modo algum, apesar de repetidos e exaustivos treinos. Com o simples uso da caixa de lápis de cor (24 cores), descobrimos que se tratava de daltonismo.

Por estes e outros motivos, em qualquer caso que nos chega para psicodiagnóstico, solicitamos uma avaliação médica completa e laudo médico por escrito. Este pedido quase sempre é desnecessário, pois a família, quando chega a nos procurar, já submeteu a criança a vários exames e consultas. Parece que, para qualquer tipo de problema, a primeira tendência é pedir auxílio médico.

* *Psicólogo Clínico da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – FUNED (Fundação Ezequiel Dias) – Varginha, MG.*

(**) *O termo* orgânico *é usado neste trabalho para significar qualquer alteração do sistema nervoso central.*

Histórico

Um pouco da nossa história na Policlínica onde trabalhamos, e não do psicodiagnóstico, se faz necessário para melhor compreensão do trabalho desenvolvido.

A partir de novembro de 1986 começou a funcionar, na Policlínica de Varginha – MG, o Setor de Saúde Mental, com a recém-criada equipe de psicólogos. A equipe foi implantada em decorrência do programa federal de saúde denominado AIS – Ações Integradas de Saúde. Os psicólogos foram contratados pelo Estado, a partir da realização de concurso público. Entre os objetivos das AIS incluíam-se a prestação de atendimento psicológico às populações das zonas urbana e rural, em nível extra-hospitalar, e também o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde mental.

Pela primeira vez na cidade e na região, foi oferecido um Serviço de Psicologia clínica à população. Por estes motivos, não encontramos referências anteriores, nem teóricas nem práticas, nas quais nos baseamos. Além disso, nossa formação acadêmica e elitista entrava em franco choque com a clientela atendida: o ambiente físico da Policlínica, pequeno, pouco arejado; as enormes filas; a visão de mundo dos clientes e sua linguagem; a enorme variedade desta massa tão numerosa; tudo isso nos fez questionar desde a formação universitária recebida até a questão da Saúde Pública no Brasil, com suas implicações em nível político, social e econômico.

Levamos algum tempo para elaborar essa angústia e acreditamos, hoje, que não só é possível trabalhar com clientela assim, mas que é imprescindível fazê-lo. Não são os clientes que devem adaptar-se a nossa técnica de trabalho, mas, pelo contrário, são os psicólogos e a Psicologia que devem desenvolver pesquisas e metodologia próprias, para a formação de um cabedal teórico-prático que permita a atuação profissional junto ao operariado. Cremos, mesmo, que o futuro da nossa ciência prende-se a teses dessa natureza.

A clientela

Nosso atendimento à clientela se faz numa faixa que vai do nascimento até a velhice. Em trabalho anterior(*), fizemos uma análise da clientela e da distribuição dos principais tipos de afecções, por sexo e faixa etária.

Como atendimento infantil consideramos a faixa etária de 0 a 12 anos, dividida em duas outras: 0 a 6. anos, crianças em idade pré-escolar; e de 7 a 12 anos, os pré-adolescentes. Uma das características marcantes destas faixas é o pedido de auxílio ser sempre indireto, isto é, feito pelos pais ou responsáveis, pelo médico ou pela escola.

Realmente, o início de nossa ajuda às famílias se dá com o nascimento. Os casos de psicose puerperal chamaram-nos a atenção e exemplificam bem como pode ser precoce nossa intervenção. Este quadro acarretou certa negligência da mãe para com o bebê, embora não chegasse a caracterizar, propriamente, a SIBE(**). As famílias se mantiveram atentas, tanto no cuidado dos bebês quanto na busca de auxílio imediato para as mães, através do serviço de psicologia e medicina, o que possibilitou prognóstico favorável.

Observamos que no sexo masculino, a maior procura corresponde aos pré-adolescentes. O fenômeno que mais se destacou, nesse momento da vida, foi a agressividade. Outrossim, é mais comum neste sexo queixa de dificuldades de aprendizagem e inadaptação ao ambiente escolar.

Já as meninas apresentaram menor número de queixas nestas áreas e a dificuldade escolar, quando existe, tem mais a ver com uma intensa e profunda ligação simbiótica com a mãe, o que as impede de ligar-se em outras tarefas, inclusive as escolares.

Em ambos os sexos, encontramos problemas de aprendizagem e distúrbios gerais do comportamento em crianças com afecções neurológicas. Outro achado comum foi o retardo mental originado por hipóxia neonatal, traumatismos durante o nascimento e alcoolismo e uso de drogas por parte da mãe, durante a gravidez.

Conceitos

Segundo OCAMPO e colaboradores[7], o psicodiagnóstico "é uma situação bipessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar), de duração limitada, cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar". Os aspectos passados e presentes são abrangidos no diagnóstico e os futuros, no prognóstico.

(*) *SALES, José Roberto – Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. Revista Psicologia. Ciência e Profissão, Ano 9, nº 2, Brasília, DF, 1989. Conselho Federal de Psicologia.*

(**) *Síndrome do bebê espancado.*

Hora de Jogo Diagnóstica

O adulto verbaliza, a criança brinca. Na hora de jogo diagnóstica e terapêutica, aproveitamos como recurso técnico esta atividade espontânea da criança.

OCAMPO e colaboradores[7] conceituam a hora de jogo diagnóstica como "recurso ou instrumento técnico que o psicólogo utiliza, dentro do processo psicodiagnóstico, com a finalidade de conhecer a realidade da criança...". Eles acham importante diferenciarmos a hora de jogo diagnóstica da hora de jogo terapêutica, pois "a primeira engloba um processo que tem começo, desenvolvimento e fim em si mesma, opera como uma unidade e deve ser interpretada como tal" e "a segunda é um elo a mais, em um amplo *continuum*, no qual novos aspectos e modificações estruturais vão surgindo pela intervenção do terapeuta".

Na Policlínica

Em nossa experiência, utilizamos a hora de jogo diagnóstica em raros casos. A demanda é enorme, o tempo gasto para a entrevista e análise do material é grande. A hora de jogo seria uma sessão a mais, dentro do processo psicodiagnóstico. Além disso, percebemos que o conjunto de testes, entrevistas e laudos, quando devidamente interpretado, pode fornecer elementos para a diagnose.

O *psicodiagnóstico* é uma das categorias de atendimento utilizadas pelo Serviço de Psicologia. Como se deduz do nome, não é uma forma de trabalho terapêutico. Sua função precípua é identificar afecções; contudo, a entrevista final, que chamamos de *devolução*, pode assumir um colorido terapêutico, pela relação estabelecida entre o psicólogo e o cliente e pelos conteúdos trabalhados.

Em linhas gerais, o procedimento utilizado em Saúde Pública é o mesmo que na clínica particular. A diferença é que, no cliente particular, o número de sessões e a duração de cada uma delas é maior e a bateria de testes pode ser mais completa.

Etapas do psicodiagnóstico

1º dia: entrevista inicial com a mãe, pais ou responsáveis. Nesta etapa é efetivada a anamnese e solicitamos todos os laudos médicos e escolares já feitos.

2º dia: recolhemos os laudos e estabelecemos o contato inicial com a criança. Aplicamos a bateria de testes, sondando as áreas afetivo-familiar, intelectual e neurológico-motora. No intervalo do 2º para o 3º dia, analisamos o conjunto dos dados recolhidos e elaboramos o laudo psicológico.

3º dia: é a entrevista de devolução para os pais, caracterizando o final do psicodiagnóstico. Informamos nossa percepção do caso, o diagnóstico, esclarecemos dúvidas, trabalhamos as angústias, fazemos os encaminhamentos necessários e fornecemos o laudo para o remetente.

Se os pais se mostram por demais tensos e angustiados e percebemos que o tempo foi insufiente para abordar as questões o mais terapeuticamente possível, marcamos nova entrevista.

Existem somente duas alternativas para a conclusão desta etapa: o encaminhamento da criança para o remetente ou outros especialistas, ou a absorção da criança e/ou família pelo Serviço de Psicologia.

A bateria de testes

No decorrer do tempo, desenvolvemos nossa própria seleção de testes para o psicodiagnóstico (Quadro I).

Ela é composta por testes bem simples, de fácil uso em clínicas de serviço público. É pouco dispendiosa e sua aplicação total raramente ultrapassa uma hora. Como acontece com quaisquer outro teste em Psicologia, a qualidade e profundidade das análises dependem, quase que exclusivamente, dos conhecimentos e da capacidade do profissional que os interpreta.

Pelos motivos expostos, como testes de sondagem da personalidade preferimos os desenhos. CORMAN[6] diz que o "o desenho não comporta somente elementos formais. Ao lado da forma, há o conteúdo e nesse conteúdo se exprime algo da personalidade total... em particular, revela-nos sua vida afetiva". BOUTONIER, citada por CORMAN[6], afirma que "o estudo dos desenhos da criança nos conduz, inevitavelmente, ao âmago dos problemas que a ela se apresentam, de sua história, das situações em que vive" e o próprio CORMAN pondera que os elementos inconscientes se projetam devido à liberdade concedida ao sujeito.

CAMPOS[5] diz, seguindo a mesma linha de raciocínio, que atualmente o desenho infantil é "considerado como a

QUADRO I	
Teste	**Principal área sondada**
HTP	Afetiva
Desenho da família	Afetivo-familiar
Desenho livre	Afetivo-intelectiva
Bender gestáltico Visomotor (B.G.)	Neurológico-motora
Metropolitano de prontidão	Intelectiva
Forma R	Controle motor Percepção visual

expressão do modo como a criança percebe e compreende o mundo. Esta nova posição valoriza todas as relações que se determinam entre a totalidade psíquica da criança– emocional e intelectual – no processo de maturação e seu meio social e cultural, envolvendo também a educação sistemática que recebeu".

Acrescentamos que muitos conteúdos profundos da personalidade não podem ser conhecidos por uma investigação direta como entrevista, mas aparecem configurados em desenhos, ressaltando, assim, sua importância.

O HTP (*house, tree, person*) é uma modalidade de investigação da personalidade criada por BUCK, em 1948-9. Sobre os desenhos do HTP, segundo CAMPOS[5], podemos comentar de forma muito resumida que a casa "constitui um auto-retrato, expressando as fantasias, o ego, a realidade, os contatos, a acessibilidade..."; a árvore "é, dos três desenhos, o que mais provavelmente revela a auto-imagem da pessoa, no contexto de seu relacionamento com o ambiente"; e a pessoa revela principalmente o esquema corporal, as identificações, o contato interpessoal e com o ambiente.

Sua aplicação consiste em fornecer uma folha de papel sulfite em branco e lápis preto nº 2 e pedir que a criança desenhe. Cada desenho é feito numa folha separadamente. Respeita-se a produção espontânea da criança e nada é induzido, sugerindo, avaliado nem comentado.

O procedimento de aplicação é o mesmo para o *desenho livre* e para o *desenho da família*. No desenho livre podemos solicitar um título e no da família, pedimos que nomeie as pessoas. Ambos podem ser complementados, pedindo-se à criança para responder a algumas perguntas sobre os desenhos ou, então, que conte uma história sobre eles.

Quando solicitamos à criança que desenhe sua família, apesar do caráter limitativo da ordem dada, as preocupações afetivas do sujeito e o mecanismo de projeção agem no sentido de deformar a realidade e revelar o mundo interior. O mundo da criança é sua família e as relações mantidas com ela são da máxima importância para nossa compreensão dos dinamismos e da estrutura da personalidade infantil.

O *Bender Gestáltico Visomotor* (B.G.) (Lauretta Bender, 1932-38)[4] foi elaborado com base na psicologia da *Gestalt* ou forma. É usado para verificar regressão, perda de função e lesões orgânicas, retardos, desenvolvimento da inteligência e vários tipos de deficiência mental. Também fornece elementos para sondagem da personalidade, especialmente em episódios regressivos.

A aplicação consiste em pedir à criança que produza nove figuras geométricas, com diferentes graus de complexidade. As figuras são apresentadas em cartões padronizados.

O teste *Metropolitano de Prontidão – Forma R* (adaptação e padronização brasileira de POPPOVIC, 1966)[8] afere a maturidade para a alfabetização. Investiga as áreas de linguagem (palavras e sentenças), informação, números, capacidade de controle motor e percepção visual para cópias e capacidade de identificar semelhanças e diferenças, tão importante na aprendizagem da leitura. Além disso, pode-se inferir, através do desempenho no Metropolitano, o nivel de inteligência, ainda que a prova não seja específica.

Para aplicá-lo, apresentamos um caderno teste à criança, dando-lhe instruções que variam conforme a área explorada, solicitando que ela desenhe, marque, copie ou escreva no caderno.

Quando o Metropolitano e toda a bateria selecionada mostram-se insuficientes para revelar o nível de inteligência (interessa-nos muito mais uma avaliação qualitativa do que quantitativa, expressa em Q.I.) de determinada criança, podemos lançar mão das Matrizes Progressivas de Raven[9]. São raras as ocasiões em que isto acontece.

Como vemos, a bateria selecionada investiga as principais áreas do desenvolvimento infantil, fornecendo dados importantes, para serem relacionados com a anamnese e os laudos médico e escolar.

Existem outros testes infantis aplicáveis em situação de psicodiagnóstico. Entre eles, destacamos o questionário desiderativo, o teste de relações objetais de Herbert Phillipson (T.R.O. – 1955)[7], o WISC, o C.A.T. (A ou H), teste de apercepção infantil de BELLAK (1949) e a insubstituível técnica do Rorschach, de Hermann

RORSCHACH (1921)[2], aplicável também em crianças, embora não seja específico[1]. Entretanto, de rotina não trabalhamos com eles.

Cada psicólogo deve fazer sua própria seleção de testes para a bateria do psicodiagnóstico, tendo em vista suas habilidades e conhecimentos pessoais para a aplicação e análise dos mesmos, levando em consideração as limitações de recursos materias e tempo da instituição onde trabalha, principalmente em se tratando de serviço público, bem como as condições da clientela. Não é importante aplicar muitos testes. O principal é saber interpretar bem os que são utilizados. O que não pode ser esquecido é que a bateria deve, necessariamente, investigar as três áreas básicas de desenvolvimento: afetivo-familiar, intelectual e neurológico-motora.

Tipos terapêuticos

De posse de todos estes elementos, o psicólogo está em condições de elaborar a diagnose, fazendo os encaminhamentos necessários e recomendando a terapêutica mais adequada. Nesta etapa, a criança pode ser encaminhada para especialistas diversos da Medicina, ao fonoaudiólogo, pedagogo, à escola de excepcionais, a classes especiais de deficientes auditivos ou visuais, etc.

Aqueles casos cujo principal distúrbio é de origem afetiva são absorvidos pelo Serviço de Psicologia, da seguinte forma:

– *ludoterapia* – É requisito nosso que, para a criança ingressar em ludoterapia, a mãe ou o pai deve participar do grupo de orientação de pais. Em quase todos os casos, é a mãe que comparece ao grupo.

– Quando percebemos que a problemática da família se insere na personalidade da criança de modo mais patológico, recomendamos a psicoterapia do casal, simultaneamente com a ludoterapia.

– Por fim, quando o caso configura uma psicose infantil, os familiares são encaminhados para o grupo de familiares de psicóticos e a criança, para a ludoterapia.

Como quase nunca temos vagas disponíveis, de imediato, para a ludoterapia, a mãe ingressa no grupo de orientação antes da criança. Muitos casos são solucionados desta forma. A mãe descobre sua vinculação neurótica com o filho, altera seu comportamento, atua junto ao marido e a outros filhos e em poucas semanas o ambiente familiar apresenta mudanças significativas, propiciando relações menos neuróticas. Os sintomas do filho desaparecem, ele se mostra mais tranqüilo, o desempenho escolar melhora, assim como sua relação com as pessoas, e já não se justifica mais uma abordagem psicoterapêutica.

Uma outra situação possível é a mãe reconhecer que o filho, na verdade, não precisa de auxílio e solicitar sua passagem do grupo de pais para a psicoterapia própria. Dependendo do caso será encaminhada para a psicoterapia breve individual ou para o grupo terapêutico.

Casuística

Para melhor elucidar nosso procedimento, passamos agora a analisar alguns desenhos infantis(*).

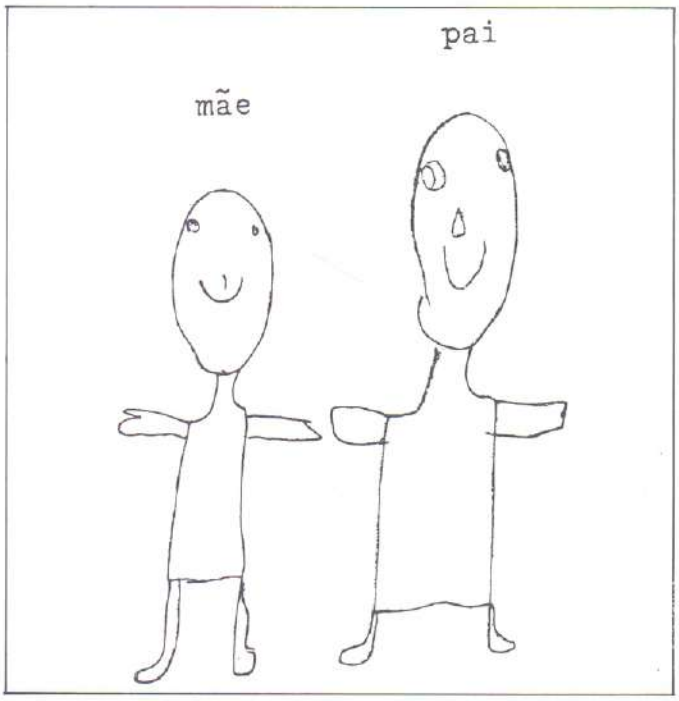

Fig. 1 – Desenho da família. Menino de sete anos. Problemas de aprendizagem e agressividade.

Fig. 1 – Desenho da família – Menino de sete anos, filho único, encaminhado pela escola, com problemas variados de aprendizagem e agressividade. Pelo Metropolitano, pudemos concluir que ele reúne os pré-requisitos intelectuais para a aprendizagem e possui inteligência dentro da média. Fora outros tipos de análises que poderíamos fazer, o que mais nos chamou a atenção, neste de-

(*) Peças do acervo de Psicologia da Policlínica e particular do autor.

senho da família, foi a exclusão do sujeito, indicando problemas edípicos e identificatórios, com forte sentimento de rejeição e hostilidade.

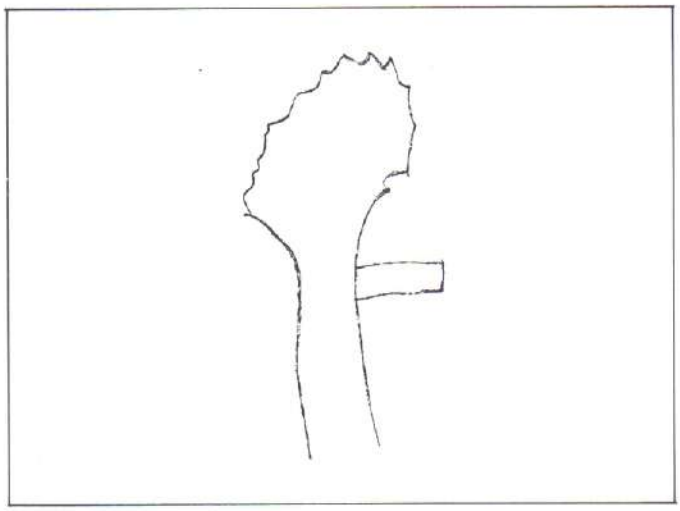

Fig. 2 – Desenho da árvore; mesmo paciente.

Fig. 2 – Desenho da árvore – Mesma criança. A representação desta árvore-tronco, com um galho-pênis, assim como a pobreza geral da expressão, indica os mesmos complexos do desenho anterior. Já podemos levantar a hipótese de que esses conflitos encontram-se intensamente investidos de libido, em detrimento de outros aspectos da intelectualidade e da afetividade. A conseqüência é um empobrecimento do ego, com a libido circulando aprisionada nos conflitos e bloqueando-lhe a capacidade de aprender.

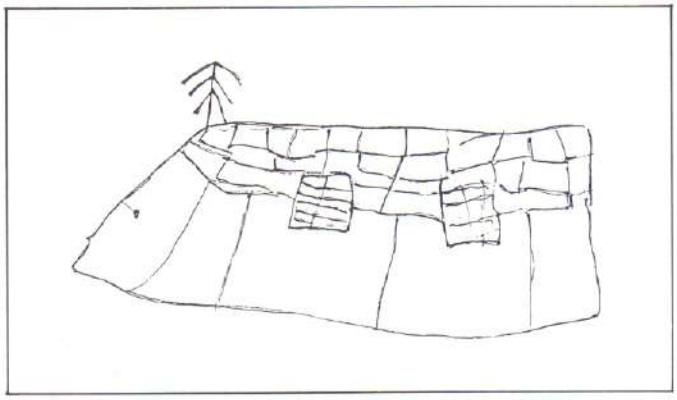

Fig. 3 – Desenho da casa. Menino de oito anos. Fobia escolar.

Fig. 3 – Desenho da casa – Menino de oito anos, com fobia escolar. Esta casa flutuante, com janelas bem altas e gradeadas, porta fechada e telhado lacrado, é bem representativa de sua fobia. Evidencia o cerceamento que o sujeito sente, suas fortes defesas, o retraimento do contato interpessoal, dificuldades de contato com a realidade e imersão na vida de fantasia. Revela imaturidade afetiva. O contato com o outro só é possivel de forma indireta, pela antena de televisão.

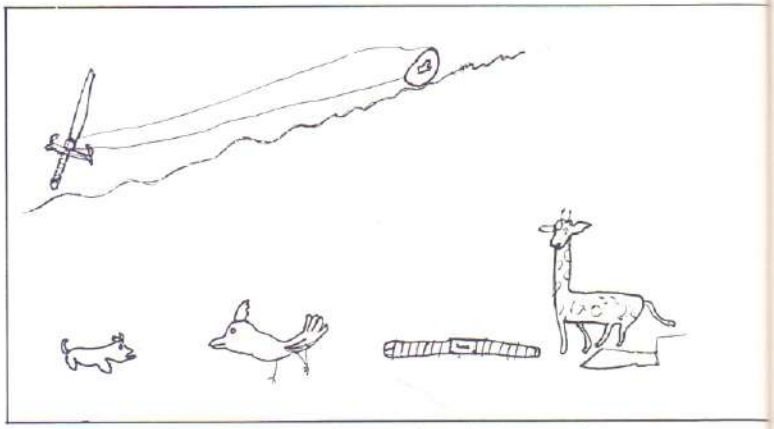

Fig. 4 – Desenho livre. Menino de oito anos. Perturbação sexual.

Fig. 4 – Desenho livre de um menino de oito anos, estuprado por um homem adulto. Chegou ao Serviço encaminhado por seu antigo terapeuta, que não mais poderia atendê-lo. Como já conhecíamos a natureza de suas perturbações, não foi necessário submetê-lo à bateria de testes. Esta produção se deu durante a primeira hora de jogo terapêutica. O conjunto de desenhos pede uma análise parte por parte.

1º desenho: cachorrinho, no canto inferior esquerdo. Interpreto que o cachorro representa ele mesmo, com seus receios perante à situação nova que está enfrentando: a primeira sessão com outro terapeuta, depois de não poder continuar com o anterior. Está tímido, retraído e observando com cuidado o ambiente.

2º desenho: girafa. Distante, no outro lado do papel, a girafa, com enorme pescoço-pênis, representa o terapeuta. A girafa também simboliza suas fantasias de ser atacado sexualmente – na situação real, encontra-se trancado dentro de uma sala com um homem adulto – e, em sua fantasia, a cena do estupro pode se repetir.

3º desenho: relógio. Interpreto que o relógio, no meio do desenho, representa a ligação do cachorro-cliente com a girafa-terapeuta e que ele é o elemento real, estruturante desta relação, num tempo e local definidos previamente. Digo-lhe que, no tratamento comigo, terá um dia da semana e um horário determinados com antecedência.

4º desenho: galo. Representa outra emersão do conteúdo sexual, ante a possibilidade angustiosa de novos encontros com o terapeuta e as ameaças sexuas que isto pode significar. A figura masculina é percebida de modo agressivo. O galo está em posição de ataque e tem esporas-pênis que podem furar, penetrar e ferir. Ralaciono isto com o evento traumatizante e com seus medos transferenciais em relação ao terapeuta.

5º desenho: espada-pênis. Este desenho, feito por último, é o maior de todos e ocupa quase que o centro da folha. O mesmo conteúdo de natureza sexual aparece agora de modo marcante. Exceto o relógio e o cachorro, os outros desenhos relacionam-se, de modo explícito e repetido, com a problemática sexual, o que é compreensível, dado o profundo trauma que o paciente vivenciou e a tendência que os conteúdos reprimidos têm para se imporem novamente à consciência, ainda que de forma mascarada. Todos estes conteúdos foram-lhe interpretados em linguagem bem semelhante com o que usamos aqui, para relatar o caso e, no final da sessão, ele mostrava-se menos tenso e angustiado. Contrariamente ao que pensa o senso comum, a criança é capaz de ter "insights" e de elaborações profundas sobre as interpretações recebidas. O próprio encadeamento e a seqüência dos desenhos mostra-nos este fato.

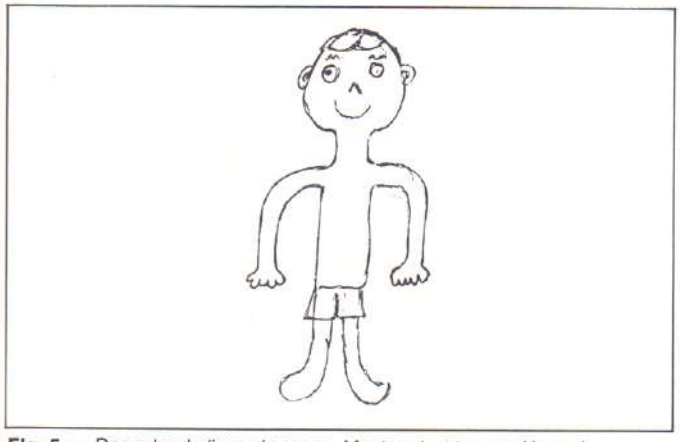

Fig. 5 – Desenho da figura humana. Menino de 11 anos. Normal.

Fig. 5 – Desenho da figura humana. Menino normal, de 11 anos. O desenho da figura humana revela o esquema corporal e este esquema é variável nas diferentes etapas do desenvolvimento. Para um menino de 11 anos, podemos considerar este desenho sem alterações patológicas.

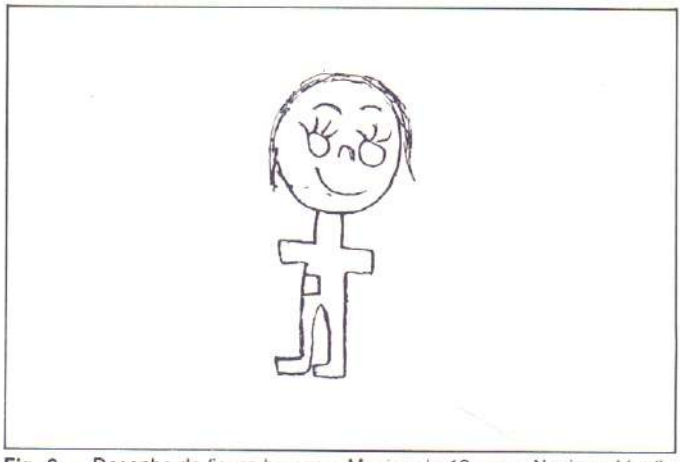

Fig. 6 – Desenho da figura humana. Menino de 13 anos. Nanismo hipofisário.

Fig. 6 – Desenho da figura humana. Menino de 13 anos, com diagnóstico de nanismo hipofisário. Idade óssea de cinco anos (1 m e 05 cm de altura; 15 kg e 100 g). Esta figura humana amputada, reduzida e sem olhos é significativa, para ilustrar como o sujeito se representa, em seu contato consigo próprio e com o mundo. O desenho é bem infantil para a idade. Comparar com a figura 5, do menino normal.

Fig. 7 – HTP. Menino de 8 anos. A desestruturação psicótica é evidente neste desenho, inclusive em nível espacial, na distribuição das figuras. O corpo é representado por um rosto-máscara inexpressivo, solto no papel. A "casa rachada", segundo nomeação dele mesmo, é uma moldura-fachada tão frágil que parece não resistir ao menor contratempo. A árvore tem um lado do tronco fora de contato com a base e seu suporte é a fenda (cisão psicótica). A impressão geral do desenho é de fragilidade, numa pessoa com poucos recursos interiores para enfrentar a realidade.

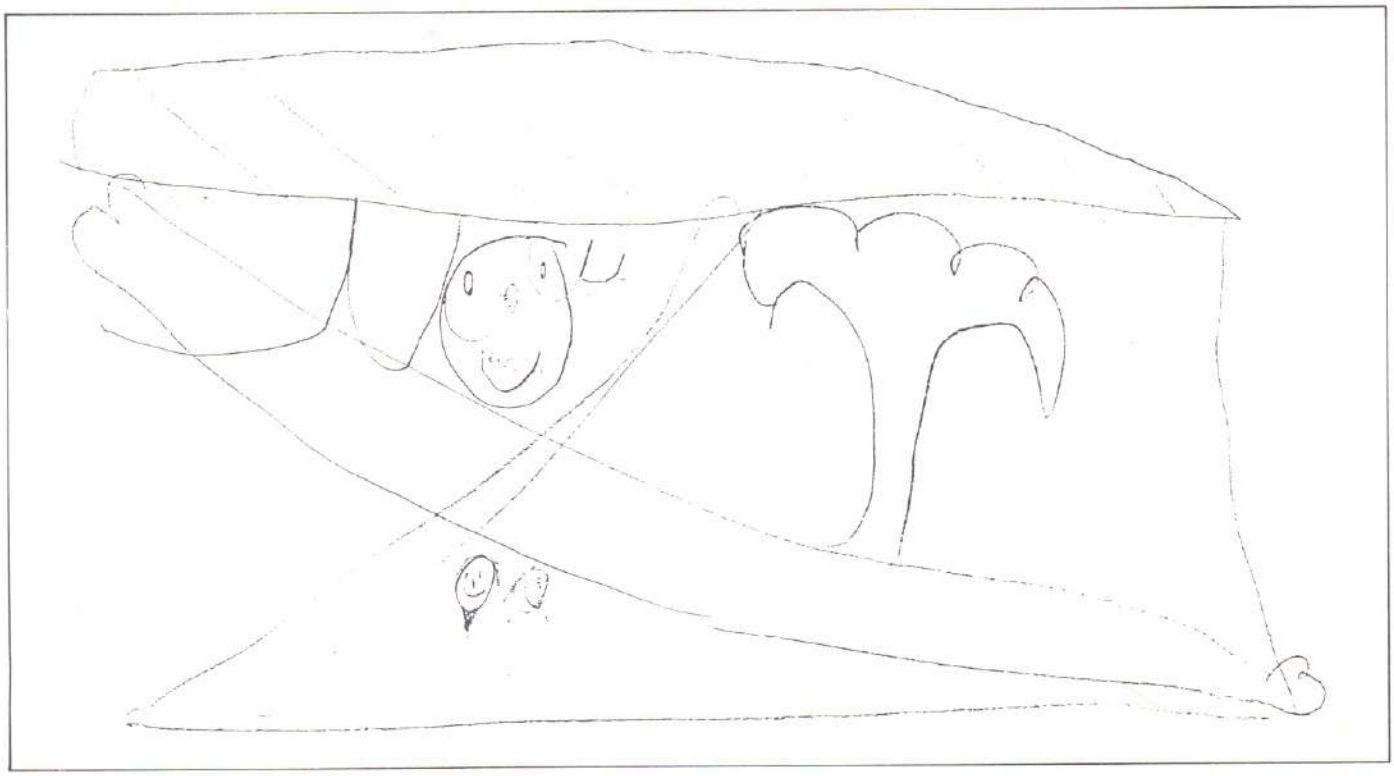

Fig. 7 – HTP – Menino de 8 anos, psicose.

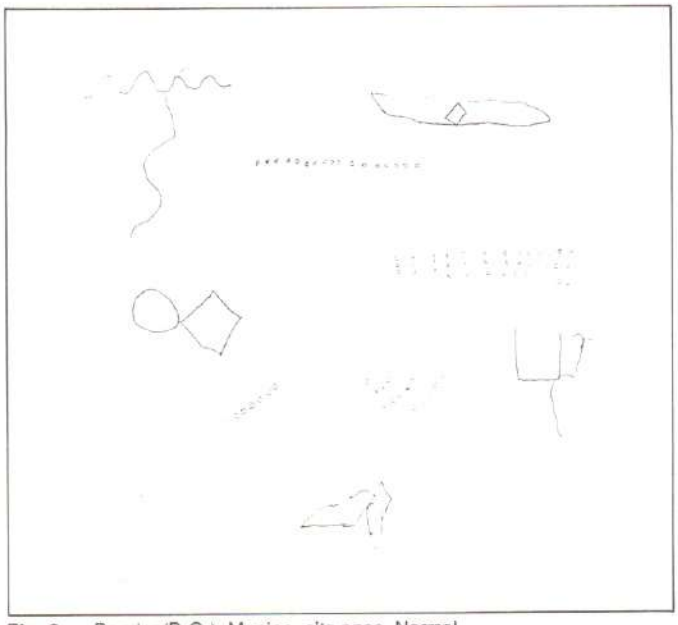

Fig. 8 – Bender (B.G.). Menina, oito anos. Normal.

Fig. 8 – Bender (B.G.). Menina normal, de oito anos. Salvo pequenas e insignificantes alterações, a cópia aproxima-se dos modelos dos cartões, com boa distribuição espacial na folha. O desempenho é o esperado para esta idade.

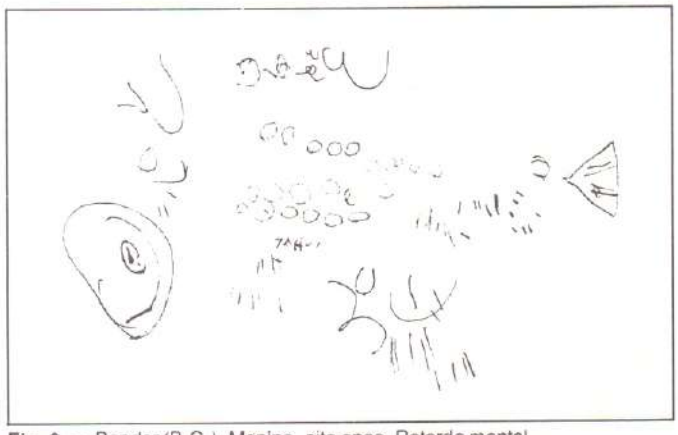

Fig. 9 – Bender (B.G.). Menina, oito anos. Retardo mental.

Fig. 9 – Bender (B.G.). Menina normal, de oito anos, com diagnóstico de retardo mental. Para comparação, escolhemos o mesmo sexo e idade. As alterações são profundas e patológicas. O formato original das figuras tornou-se irreconhecível na cópia. Os desenhos concentram-se na base da folha e assemelham-se a garatujas de crianças com 3-4 anos.

Recursos humanos e materiais

Convém ressaltar que as interpretações feitas aos clientes sempre se basearam no contexto da interação cliente-terapeuta, levando em conta os conceitos técnicos da transferência e resistência. As análises contidas neste estudo foram feitas a partir da produção do cliente, de anotações após as sessões e tomando por base as anamneses e o conjunto dos testes e desenhos realizados.

Consideramos que a Policlínica dispõe do material básico necessário para o atendimento da criança, embora reconheçamos que a sala de ludoterapia seja demasiado pequena (3,38 m x 2,10 m), tenha paredes de argamassa, quando o ideal seriam azulejos laváveis, não comporte um pequeno tanque com areia, etc.

Os brinquedos disponíveis são os básicos recomendados(*) e de uso comum a todas as crianças atendidas. No procedimento clássico, cada criança tem seus brinquedos reservados, em caixa separada e trancada com cadeado, no final de casa sessão. Mas cremos ter encontrado solução aceitável, colocando os brinquedos numa estante metálica, dentro da sala e guardando a produção de desenhos em envelopes individuais. Este fato nunca nos ocasionou qualquer problema que não pudesse ser interpretado e devidamente equacionado. A sala ainda dispõe de um quadro de giz e mesa infantil, com duas cadeiras.

Quanto à bateria de testes, dispomos dos básicos: Bender Gestáltico Visomotor (B.G.), psicodiagnóstico de Rorschach, CAT-H e A, ABC e Metropolitano. Pela demanda enorme, não trabalhamos com o Rorschach nem com o CAT. Numa estrutura de serviço público como a nossa e tendo em vista o afluxo de clientes, estas duas formas de psicodiagnóstico se revelaram impraticáveis. Ambas requerem muito tempo para aplicação e tempo maior ainda para análise.

Nestes anos de trabalho com a criança percebemos que estas limitações – afinal, nem tantas assim nem tão graves – em nada impediram o desenvolvimento de trabalho produtivo e eficaz. O resultado tem sido satisfatório e levou-nos a pensar que, mais importante do que conseguir a sala de atendimento ideal e a bateria de testes completa, é a qualidade do profissional. Esta qualidade prende-se a duas condições indispensáveis: no plano teórico, formação psicanalítica e, no prático, a passagem do psicólogo por criteriosa psicanálise individual.

O resultado estatístico isolado de um teste ou mais não diz muito. Uma criança pode ter desempenho abaixo da média num teste de inteligência e, no entanto, ter nível de inteligência superior. Saber apreender a situação global da criança, a partir de tudo que ela produz numa hora de jogo diagnóstica, dos testes e dos dados de anamnese fornecidos pela mãe e família, é imprescindível para a formulação de hipótese diagnóstica mais segura e de intervenções psicoterapêuticas precisas.

Conclusão

Esperamos que os conceitos, experiências e relatos de casos contidos neste trabalho, embora tendo o inconveniente da apresentação fragmentada, tenham contribuído para elucidar aos profissionais não-psicólogos, de ciências próximas da Psicologia, o que significa o psicodiagnóstico e sua importância para a adequada terapêutica infantil, seja ela em nível da Psicologia, da Medicina, da Pedagogia, de outras especialidades ou congregando uma abordagem interdisciplinar, que necessariamente colocará estes profissionais em intercâmbio.

Vemos também que a realização do psicodiagnóstico em serviço público em nada prejudica a qualidade do trabalho e tem a vantagem de contar com a convivência diária de psicólogos, médicos, enfermeiras e assistentes sociais, o que só pode enriquecer e aprimorar conhecimentos.

(*) A título de curiosidade, citamos nossa coleção: espada, casinha, luva de basebol, bola, dois bebês grandes, dois bebês pequenos, três caminhões, um trator, duas pás e balde, revólver, cachorro-quente, conjunto de plástico de animais selvagens e domésticos, telefone, óculos, espelho, bijouterias, peças de montar, fogão e panelas, massa de modelar, giz, lápis de cor e cera, aquarela em pastilhas, fita adesiva, cola, barbante, almofadas, um livro de histórias infantis, coelhinho de feltro, jogos de varetas, do mico, dominó, damos e baralho, régua, borracha e folhas de papel sulfite. São materiais estruturados e não-estruturados, que permitem a livre expressão numa faixa que pode ir dos três aos 12 anos ou mais, dependendo da criança.

Abstract

This study intends to offer to non-psychologists, mainly paediatricians, a survey of how the psychologist's work with children, in the field of psychodiagnosis, is done at the public health service level, in Brazil.

With this purpose, the author characterizes the clients, numbers the stages of the diagnostic process and describes the battery of tests used. The main therapeutic approach is also described and children's drawings are presented and interpreted, with illustrations.

The conclusion is preceded by an analysis of the human and material resources involved.

Bibliografia

1. ADRADOS, Isabel. A Técnica de Rorschach em Crianças – Perfil Psicológico da Criança dos Sete aos Quatorze Anos. Editora Vozes Ltda., Petrópolis, RJ, 1985.
2. ADRADOS, Isabel. Teoria e Prática do Teste de Rorschach. Editora Vozes Ltda., 5ª edição, Petrópolis, RJ, 1978.
3. BELLAK, Leopold. Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais. Children's Apperception Test (C.A.T. – A) 1949. C.P.S. Inc., Larchmont, N.Y. Tradução de MANTOVANI, Olga. Editora Mestre Jou, 2ª edição, São Paulo, 1981.
4. BENDER, Lauretta. Test Guestaltico Visomotor – usos y aplicaciones clínicas (B.G.). Tradução do inglês para o espanhol de CARNELLI, Delia. Título original: A Visual Motor Gestalt Test and its Clinical Use. Editorial Paidos, 12ª reimpressão, Buenos Aires, 1982.
5. CAMPOS, Dinah Martins de Souza. O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade. Editora Vozes Ltda., Petrópolis, RJ, 1982.
6. CORMAN, Louis. O Teste do Desenho de Família. Título original: Le Test du Dessin de Famille. Tradução de GEENEN, Walter H. Editora Mestre Jou, São Paulo, 1979.
7. OCAMPO, Maria Luisa Siquier de; ARZENO, Maria Esther García; PICCOLO, Elza Grassano de e colaboradores. O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas. Título original: Las Técnicas Proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Copyright by Ediciones Nueva Visión SAIC, Buenos Aires, 1979. Tradução de FELZENSZWALB, Mirian.
   - Capítulo I – O processo psicodiagnóstico. OCAMPO, M. L. S. e ARZENO, M. E. G., p. 17-19.
   - Capítulo VII – A hora de jogo diganóstica. EFRON, Ana Maria; FAINBERG, Esther; KLEINER, Yolanda; SIGAL, Ana Maria e WOSCOBOINIK, Pola, p. 169.

   Livraria Martins Fontes Editora Ltda., São Paulo, 1981.
8. POPPOVIC, Ana Maria. Adaptação e padronização brasileira do Teste Metropolitano de Prontidão – Forma R. HILDRETH, Gertrude, H., Ph.D. e GRIFFITHS, Nellie L., M.A. Harcourt, Brace & World, New York, 1949. Copyright© 1966, Vetor Editora Psicopedagógica Ltda., São Paulo.
9. RAVEN, J. C. Matrizes Progressivas, Escala Geral, séries A, B, C, D e E. Manual de Psicologia Aplicada. CEPA – Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda. Tradução e adaptação de CAMPOS, Francisco. Rio de Janeiro, 1979.
10. SALES, José Roberto. Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. Revista Psicologia, Ciência e Profissão, Ano 9, nº 2, Brasília, DF, 1989. Conselho Federal de Psicologia.