

Depressão na Infância: a Importância do Psicodiagnóstico Infantil
Childhood Depression: the Importance of Child Psychodiagnosis

Roberta da Fontoura Remião¹

Cristiane Boff²

Resumo: Atualmente, a depressão é reconhecida como um diagnóstico possível também na infância, podendo, contudo, apresentar um quadro sintomático diferenciado em relação a adultos. Tendo em vista a importância da investigação deste tipo de sintomas nesta etapa do desenvolvimento, este trabalho visa discutir, através de um estudo de caso único, a relevância do psicodiagnóstico na infância e as contribuições do mesmo para a melhor compreensão prognóstica e indicação terapêutica em um caso de depressão infantil.

Palavras-chave: psicodiagnóstico; depressão; infância.

Abstract: Nowadays, depression is a possible diagnosis in childhood, however, it can presents different symptoms if compared to adults. In view of how important is an evaluation about these symptoms in childhood, this study, presents a discussion about psychodiagnosis in childhood and how it can contributes for a better prognosis and therapeutic indication, using a single case about a depressed child.

Keywords: psychodiagnosys; depression; childhood.

Introdução

A depressão tem alta incidência nos dias atuais e muitas pesquisas surgem para compreender este fenômeno psicológico (Schwan & Ramires, 2011; Harada & Soares, 2010). Diferente da década de 60, em que não se validava a depressão em crianças, atualmente se reconhece que transtornos depressivos na infância são comuns e graves o suficiente para merecer a atenção de clínicos e pesquisadores (Bahls, 2002). A manifestação dos sintomas na criança tende, entretanto, a se diferenciar em alguns aspectos quando em comparação ao

¹ Psicóloga. Especialista em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica. Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Contato: robertaremio@gmail.com

² Psicóloga. Especialista em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica, Neuropsicologia e Teoria Psicanalítica em Infância, Adolescência e Aduldez. Professora do curso de Pós-Graduação em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

Artigos

quadro sintomático de um adulto, exigindo atenção redobrada dos profissionais da área da saúde.

Sabe-se, também, que um diagnóstico realizado precocemente, aumenta a compreensão prognóstica e oferece melhor qualidade de vida ao sujeito (Ancona-Lopez, 1995; Cunha, 2000). Neste sentido, o psicólogo possui como ferramenta de atuação clínica o psicodiagnóstico, um processo de avaliação com foco nos aspectos psicopatológicos, o qual pode ser realizado com indivíduos de qualquer idade.

Tendo em vista a diferente configuração sintomática da depressão na infância, compreende-se a importância do psicodiagnóstico nesta faixa etária, no sentido de esclarecer uma hipótese clínica desta natureza, assim como, para excluir a sua possibilidade. Este trabalho visa, portanto, descrever a importância do psicodiagnóstico ainda na infância, como forma de diagnosticar precocemente um episódio depressivo nesta fase do ciclo vital, visando à melhor indicação terapêutica.

Esta é uma pesquisa qualitativa, documental, retrospectiva, com delineamento de estudo de caso único (Yin, 2005). A fonte de dados para este estudo foi a avaliação psicodiagnóstica de uma menina de 9 anos de idade, encaminhada por uma psiquiatra da cidade de Porto Alegre/RS para o Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), na busca de compreender as dificuldades escolares da examinanda. Através do psicodiagnóstico, foi possível compreender que os sintomas apresentados pela menina confirmavam um episódio depressivo moderado, e que era, devido a este quadro sintomático, que se mantinham as dificuldades escolares da mesma.

Depressão

Aproximadamente entre 2 e 12% dos brasileiros apresentarão depressão no seu ciclo de vida, segundo Valentini et al. (2004). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), a depressão é definida como um transtorno mental comum, caracterizado por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbio do sono ou apetite, baixa energia e baixa concentração. Estes problemas podem ser crônicos ou recorrentes, e levar a prejuízos substanciais quanto à capacidade de realizar as atividades

Artigos

diárias. Segundo Harada e Soares (2010), a prevalência da depressão é de grande preocupação, não só pelo transtorno em si, mas pelo risco de suicídio dos pacientes. Assim é classificada a depressão pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (APA, 2000), sendo esta, portanto, um distúrbio do humor, em que o indivíduo apresenta uma série de alterações sintomáticas.

A depressão é um estado reduzido de funcionamento psicológico e mental, frequentemente associado aos sentimentos de infelicidade, conforme Stratton e Hayes (1994). Schor (1995) afirma que todo mundo se sente triste de vez em quando. No entanto, quando a tristeza persiste por semanas e até meses, torna-se uma desordem emocional. A depressão é uma síndrome na qual o paciente se sente desencorajado, sem esperança e miserável.

Seu diagnóstico se faz baseado nas características clínicas que evidenciam as alterações ocorridas no humor vital do indivíduo, e que o levam a vivenciar alterações qualitativas das suas funções afetivas, cognitivas e intelectivas (Nunes Filho, Bueno & Nardi, 1996).

Depressão Infantil

O interesse pela manifestação de sintomas depressivos em crianças é bastante recente. Até a década de 60, acreditava-se que a depressão nessa faixa etária fosse rara ou até inexistente, em razão da imaturidade psíquica e cognitiva das crianças (Fonseca et al., 2002). Entretanto, nos últimos anos tem-se acreditado que a depressão infantil ocorre da mesma forma como em adultos e adolescentes, concebendo-se a existência de apenas algumas variações decorrentes das diferentes fases do ciclo vital. O DSM-IV-TR (APA, 2000) evidencia que os critérios utilizados para o diagnóstico infantil são os mesmos usados para adultos, porém menciona algumas ressalvas, como alteração do humor, do apetite e à dificuldade de concentração.

Alguns autores apresentam estudos contraditórios, evidenciando diferentes formas de manifestação da depressão em crianças quando comparadas a adultos. White (1989) pontua que é comum a criança ter o humor irritável, em vez de tristeza e melancolia. Bahls (2002)

Artigos

refere à prevalência de queixas somáticas e retraimento social, podendo apresentar sintomas menos comuns, como retardo psicomotor, hipersonia e delírios.

Solomon e Patch (1975) acreditam que a ocorrência da verdadeira depressão em crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, realmente são divergentes. Pré-escolares e crianças no início dos anos escolares apresentam uma dinâmica intrapsíquica diferente dos episódios transitórios de tristeza, observados tanto em crianças mais velhas quanto nos distúrbios mais próximos do tipo das depressões do adulto. Ressaltam ainda que não existe uma síndrome clássica de depressão na infância semelhante a dos adultos, apesar de existirem características semelhantes que são consideráveis quanto a sua dinâmica.

De acordo com Silveira e Grinfeld (2004), os estados depressivos já podem ser observados em crianças de um ano e meio em diante. Um quadro de tristeza e apatia pode aparecer de forma lenta e cada vez mais marcante, observável através da falta de interesse por brinquedos ou outras atividades, escassa atenção ao ambiente familiar, com o qual costumam ser muito exigentes e dependentes.

Da mesma forma, em geral, uma criança deprimida pode passar mais tempo sozinha no quarto e parar de brincar com seus amigos, pode ficar mais quieta e falar menos que o habitual. Pode ter dificuldade para dormir ou permanecer acordada, cansar-se facilmente e não se preocupar com as roupas. Assim como, pode reclamar de cefaléias, dores de estômago e dores no peito (Schor, 1995).

Conforme os estudos na área, conclui-se que a depressão infantil existe e está intimamente ligada ao ambiente e às situações vivenciadas pela criança. Na família e na escola, são, geralmente, onde mais aparecem os sintomas (Silveira & Grinfeld, 2004).

Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico

A avaliação psicológica é um processo que, através de inúmeras técnicas psicológicas, objetiva descrever o funcionamento psíquico de um sujeito ou grupo. O psicodiagnóstico constitui-se em uma área do campo da avaliação psicológica, responsável por identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, tendo como foco a existência ou não de

Artigos

psicopatologia. Desta forma, este tipo de avaliação parte de uma perspectiva clínica, não tendo, todavia, um enfoque puramente de classificação psiquiátrica. A confusão dos conceitos acontece, uma vez que a psicologia clínica deu origem ao psicodiagnóstico, advinda de um contexto de tradição da psicologia acadêmica e da tradição médica, que marcou a formação da identidade profissional do psicólogo (Cunha, 2000).

Este período foi marcado pelos trabalhos de Galton, quem introduziu o estudo das diferenças individuais, por Cattell e os primeiros testes mentais, e por Binet, quem propôs a utilização do exame psicológico, através de medidas intelectuais. E deste contexto, nasceu à tradição psicométrica, essencial para garantir a cientificidade dos instrumentos psicológicos, que seguem sendo utilizados até hoje no processo psicodiagnóstico, com o intuito de avaliar o sujeito de forma sistemática, científica e orientada para a resolução de problemas. O teste é utilizado, então, como a medida de um traço psicológico, avaliado dentro de um padrão da normalidade, sendo, portanto, um recurso complementar dentro da gama de possibilidades de atuação do psicólogo (Cunha, 2000).

O psicodiagnóstico é definido, portanto, como um processo científico, que utiliza técnicas e testes psicológicos, seja para entender problemas, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível; acontece sob a luz de pressupostos teóricos e é limitado no tempo (Cunha, 2000). Este processo inicia com a identificação específica e detalhada do problema que gerou sua busca, seguido de um planejamento de estratégias a serem empregadas, a fim de atingir objetivos específicos, auxiliando no processo de tomada de decisão do solicitante.

Para Arzeno (2003), é uma prática clínica bem delimitada, diferenciada do processo analítico, que busca compreender completa e profundamente a personalidade do paciente, incluindo elementos constitutivos, patológicos e adaptativos. Abrange aspectos tanto presentes, que compreendem o diagnóstico atual, quanto aspectos futuros, relacionados ao prognóstico. Utiliza como instrumentos principais a entrevista clínica, a aplicação de testes e técnicas projetivas, a entrevista devolutiva e a elaboração do laudo, sempre que este é solicitado.

Psicodiagnóstico Infantil

A solicitação para que um psicodiagnóstico seja realizado com uma criança, geralmente se dá a partir da observação de algum sintoma considerado desviante, seja na escola ou em casa; em relação ao desempenho de alguma atividade ou por dificuldades relacionais apresentadas pela criança (Albertini, 2012).

Quem busca ajuda profissional são os pais ou os responsáveis pela criança, mesmo que o encaminhamento surja da iniciativa de um terceiro, podendo este ser um profissional da saúde ou até mesmo a escola. Portanto, o processo de avaliação inicia já com o responsável que está motivado pela ajuda, não sendo, necessariamente, o primeiro encontro com a criança. Neste sentido, o contato inicial com os seus cuidadores é fundamental, pois é o momento de esclarecer a queixa principal e o que motivou a busca por auxílio no dado momento. Da mesma forma, a presença dos pais no psicodiagnóstico infantil é extremamente relevante, pois podem fornecer informações mais claras e objetivas sobre o contexto no qual a criança está inserida (Schelini, Gomes & Weschler, 2006). Não somente no início do processo esta presença é importante, mas ao longo de toda avaliação, pois é fundamental que os cuidadores estejam cientes do trabalho a ser realizado, bem como, estejam disponíveis para o esclarecimento de dúvidas que tendem a surgir durante a avaliação.

Neste sentido, pode-se observar que o psicodiagnóstico infantil não ocorre apenas com a criança. O processo fica mais rico e completo quando se pode contar com a participação ativa dos outros sujeitos que convivem com ela. Isto é, deve-se obter informações de outras fontes, como os professores, outros membros da família, profissionais da área da saúde que tenham acompanhado a criança em momentos anteriores, como médicos, psiquiatras, fonoaudiólogos, entre outros; a fim de se obter informações quanto à cognição, comportamento adaptativo e aos elementos socioemocionais (Schelini, Gomes & Weschler, 2006).

Iniciado o atendimento com a criança, é fundamental que a aliança de trabalho seja estabelecida com ela também, para que esta possa sentir-se acolhida e compreender o motivo de estar sendo ajudada. O trabalho com a criança, no primeiro momento, acontece através da

Artigos

entrevista lúdica, será, portanto, através do brincar, que o psicólogo terá acesso aos conteúdos latentes e fará a compreensão psicodinâmica dos sintomas da criança (Cunha, 2000).

Na avaliação infantil, a testagem psicológica também é utilizada, de modo a proporcionar algum grau de quantificação do funcionamento psicológico e servir para descrição de uma característica da criança em comparação a um grupo populacional, usado para investigação de forças e fraquezas – cognitivas, motoras e comportamentais – assim como, para o estabelecimento de um parâmetro útil à intervenção e ao posterior acompanhamento. É importante salientar que os testes proporcionam uma espécie de índice para avaliar as mudanças físicas e sociais da criança, incluindo alterações no desenvolvimento, nas condições neurológicas e cognitivas, bem como o efeito das intervenções, quando retestadas (Schelini, Gomes & Weschler, 2006).

Todavia, considera-se em uma aplicação, em geral, não só os resultados em si, mas a forma como o sujeito maneja com esta situação. Portanto, a observação da criança também é realizada a partir do modo como responde ao momento da testagem, podendo ser compreendido como atua em situações que envolvem planejamento, tomada de decisão, bem como, a forma de lidar com estressores sociais e ambientais, semelhantes à forma como reage no seu contexto habitual, fora do consultório (Schelini, Gomes & Weschler, 2006).

Após as entrevistas clínicas diagnósticas com os pais, as entrevistas lúdicas com a criança e a aplicação das testagens psicológicas, o psicodiagnóstico se encerrará com uma entrevista de devolução. Segundo Arzeno (2003), este momento é importante na avaliação, pois vai dar conta da curiosidade da criança e da sua família sobre todo o trabalho que foi feito, tendo o objetivo de transmitir os resultados do psicodiagnóstico, além de discutir com os responsáveis as melhores indicações terapêuticas.

Barbieri, Jacquemim e Alves (2004) referem que é necessário trabalhar a capacidade da família e dos pais em estarem dispostos a enfrentar o que se descobre no psicodiagnóstico, e se estão disponíveis para realizar mudanças. Os pais podem não estar preparados para entender a complexidade dos resultados, o que pode comprometer a aceitação e a procura pelos tratamentos sugeridos. A aliança terapêutica, dentro de uma avaliação de orientação psicanalítica, torna-se fator fundamental para a compreensão do trabalho realizado, pois o efeito terapêutico desta modalidade de intervenção, permite que, não só a criança, mas que

Artigos

sua família, também, sinte-se ajudada e cuidada. Gastaud, Basso, Soares, Ezirik e Nunes (2011) demonstraram que o paciente que realiza avaliação prévia a algum tratamento, tende a criar uma aliança terapêutica mais consistente e, assim, permanecer em tratamento por mais tempo, por conseguir compreender melhor a indicação terapêutica e o sentido de realizar este tratamento.

Neste sentido, pode-se tomar o psicodiagnóstico como porta de entrada para novos trabalhos terapêuticos, como, por exemplo, a psicoterapia. Da mesma forma, o psicodiagnóstico tem enorme contribuição para o trabalho que se seguirá, pois através dele é possível se obter uma compreensão mais profunda e completa dos sentimentos da criança, sendo um importante ponto de partida para o profissional que começará a acompanhá-la (Ancona-Lopez, 1995).

Coleta dos Dados

Os dados utilizados para a realização desta pesquisa foram coletados a partir do psicodiagnóstico de uma menina de 9 anos de idade, incluindo a entrevista lúdica com a mesma, entrevistas clínicas diagnósticas com os pais, as testagens psicológicas e o contato com a psicopedagoga que acompanhava o caso. A partir do encaminhamento da psiquiatra para o CIPT, os pais realizaram uma triagem – procedimento padrão para todos os pacientes – e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo o uso dos dados para pesquisa. Utilizou-se, portanto, como critério de seleção, o critério de conveniência, devido ao fato do psicodiagnóstico realizar-se no mesmo local de trabalho da pesquisadora. Além do mais, os nomes utilizados neste estudo são fictícios.

No primeiro encontro, através da entrevista clínica diagnóstica com o pai, buscou-se compreender o motivo pelo qual os pais buscavam ajuda para a criança naquele momento, assim como, explicar como funcionaria o processo psicodiagnóstico. Combinou-se um segundo atendimento, o qual seria com a mãe, para realizar uma anamnese e obter mais informações sobre o desenvolvimento da menina, assim como, sua percepção sobre os sintomas atuais.

Artigos

O atendimento seguinte deu-se através da entrevista lúdica com a examinanda, seguido da aplicação da Técnica Projetiva de Desenho – HTP (Buck, 2003), Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC-III (Figueiredo, 2001) e Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 2005), respectivamente. Como última etapa do psicodiagnóstico, realizou-se uma entrevista de devolução com a menina e outra com os pais, a fim de finalizar o processo, discutir a hipótese diagnóstica e as indicações terapêuticas.

Também se fez contato telefônico com a psicopedagoga que acompanhava a menina, a fim de obter-se informações sobre o acompanhamento psicopedagógico e informações que pudessem enriquecer a compreensão do caso. Da mesma forma, tentou-se contatar a psiquiatra que a encaminhou e a orientadora de sua escola, mas essas tentativas fracassaram.

Resultados - Caso Ysadora

Ysadora, de 9 anos de idade, foi encaminhada por sua psiquiatra ao CIPT para realização de psicodiagnóstico, devido a dificuldades escolares apresentadas desde 2012, com queixa de desatenção, sonolência e baixo rendimento escolar. Seu pai, Carlos, foi quem compareceu a primeira consulta após a triagem, afirmando que a escola suspeitava de transtorno de déficit de atenção. Carlos contou que Ysadora já havia realizado algumas avaliações, a primeira delas na escola, depois com uma psicopedagoga e, por último, com a psiquiatra.

A escola que realizou tal avaliação foi uma escola particular da cidade de Porto Alegre/RS, a qual a menina frequentou até o final de 2012, onde concluiu a 3ª série do Ensino Fundamental. De acordo com o laudo da avaliação, Ysadora bocejava muito em sala de aula, dispersava-se com facilidade, não completava ou não realizava as atividades propostas, porém tinha condições de ler com fluência, sendo uma ótima aluna, prestativa, meiga e inteligente. Indicou avaliação psicopedagógica, a qual foi realizada após quatro meses, sendo concluído que a menina não possuía desejo de aprender, não apresentava autoria de pensamento, tinha dificuldade no raciocínio lógico e para ler e escrever, realizando trocas e omissões de palavras na leitura, erros ortográficos da ordem surdo-sonoras, omissões e inversões de letras, bem como, na grafia de algumas palavras. Também apresentava sonolência, apatia, desatenção e impaciência. Sugeriu nível de maturidade abaixo da idade cronológica, além de sinalizar

Artigos

aspectos depressivos. Como resultado da avaliação, a psicopedagoga concluiu que Ysadora apresentava questões motoras a serem trabalhadas através de psicomotricista, aspectos da linguística e oratória, questões emocionais a investigar, assim como, trabalhar o desejo de aprender e o vínculo com o objeto de conhecimento. Recomendou, então, avaliação psiquiátrica, estímulos a brincadeiras (como andar de bicicleta, pular amarelinha, entre outros), dançar jazz e realizar acompanhamento psicopedagógico.

Em janeiro de 2013, iniciou avaliação psiquiátrica, realizando exames de sangue, eletrocardiograma e eletroencefalograma, todos com resultados sem alterações. A partir disso, a psiquiatra solicitou psicodiagnóstico, a fim de investigar o tratamento mais adequado para Ysadora.

Neste primeiro encontro, então, Carlos entregou os pareceres das duas primeiras avaliações e salientou as dificuldades da filha, queixando-se do ensino oferecido pela antiga escola, alegando ter sido este o motivo da mudança de escola da menina, além do fato de Ysadora ter tido inúmeras trocas de professor e a última ser “muito insegura”. No ano de 2013, a menina iniciou a 4ª série do Ensino Fundamental em uma escola pública da cidade de Porto Alegre/RS, onde se adaptou com facilidade, segundo o pai, estabelecendo boa relação com a professora e colegas.

Ysadora vinha apresentando irritabilidade na hora de realizar as atividades escolares em casa, bem como ficava nervosa e chorava quando percebia suas dificuldades. Questionado sobre outros eventos importantes na vida da filha, Carlos comentou que sua casa havia ficado em obras de setembro de 2011 a junho de 2012 e, neste período, todos habitavam apenas a cozinha, onde dormiam e se alimentavam, pois era o único cômodo da casa que não estava em reforma. Em contrapartida, não conseguiu referir se havia observado mudanças de humor ou de comportamento na filha naquele período.

Ao final deste primeiro encontro, Carlos contou que Ysadora nasceu com deformidade congênita dos pés, tendo realizado prolongado tratamento e três cirurgias de correção, desde bebê até em torno dos quatro primeiros anos de vida. O pai revelou que também nasceu com a mesma deformidade, afirmando o caráter hereditário da doença.

Artigos

O segundo encontro do psicodiagnóstico foi com Maria, mãe de Ysadora, a qual contou sobre a história do casal e nascimento da filha. Quando se casaram, haviam conversado sobre a possibilidade de ter filhos. Embora a mãe desejasse isso, haviam decidido por não tê-los. Após sete anos de casamento, ao descobrir a gravidez, Maria contou que a notícia foi “bombástica” e que temia muito a reação do marido. Aos cinco meses de gravidez, descobriram a deformidade congênita dos pés da filha, o que deixou o casal muito triste e preocupado. Mas como o pai conhecia a doença, conseguiu buscar tratamento adequado, que seria realizado logo após o nascimento dela. Ysadora nasceu através de cesariana, pois apresentava circular de cordão umbilical.

Maria comentou que, após o nascimento da filha foi uma fase bastante difícil, pois Ysadora chorava muito, e tanto ela quanto o bebê ficavam muito assustados. Da mesma forma, foi para Carlos, pois o nascimento de Ysadora coincidiu com a entrega do seu trabalho de conclusão da graduação, momento em que andava muito estressado, ficando frequentemente irritado com o choro e inquietude da filha.

O desenvolvimento da menina foi saudável, afirmou a mãe, pois fez o tratamento mais adequado para a correção dos pés, ficando apenas com leves dificuldades motoras ao caminhar. Quanto ao restante do seu quadro evolutivo, este esteve sempre dentro do esperado segundo sua idade cronológica. Aos cinco meses de vida, quando a mãe precisou voltar a trabalhar, a menina ficou aos cuidados da tia materna, ingressando na pré-escola aos dois anos e seis meses, onde se adaptou com facilidade. Começou a apresentar problemas na aprendizagem ainda na pré-escola, o que perdurou mais intensamente até a 2ª série do Ensino Fundamental. No momento da avaliação, a mãe queixou-se a respeito do fato da filha depender muito dela, seja para fazer o tema ou até mesmo para tomar banho, o que fazia com que o pai brigasse com a menina, desejando que ela fosse mais independente.

O terceiro encontro foi com a examinanda, e através da entrevista lúdica foi possível observar que Ysadora apresentava um brincar muito organizado e individualizado. Iniciou o atendimento desenhando uma menina loira e feliz, com um sol entre nuvens, usou lápis de cor, pintando sem evidenciar energia ou força. Ao vasculhar a caixa de brinquedos, optou pela família terapêutica e brincou na casinha. A menina estava vestida com a cor rosa, calça, casaco e tiara, além de um tênis da *Monster High*. Embora sorrisse bastante, mostrou-se mais

Artigos

apática, sonolenta, sem energia, passiva, bastante introspectiva e com um discurso prolixo, embora intelectualizado. Sugeriu um ambiente familiar tenso e de pouco diálogo em sua brincadeira.

No quarto encontro, foi aplicado o HTP, através do qual foi possível observar sinais de ansiedade, insegurança, tensão, retraimento, depressão, dependência, sentimentos de inferioridade, problemas somáticos, ambiente restritivo, angústia extrema, necessidade de apoio e segurança, compensação, passividade, pressão do ambiente e fantasia.

Ao realizar o desenho da árvore neste mesmo teste, contou que aquela árvore havia sido machucada por um caçador, o qual precisava de madeira para fazer um lápis. Mesmo descobrindo que sua madeira não era boa, já tinha ferido a árvore com um machado. Foi muito triste para a árvore viver, pois tiravam “sarro da sua cicatriz”. Disseram que ela ia morrer, porque cortaram muito e mais um pouco ela cairia no chão. Só não cairia no chão se as árvores da família a ajudassem. Ao terminar a história, ela argumentou que tinha uma cicatriz como aquela árvore, mostrando um dos seus pés. Contou, então, que algumas colegas “riam” da sua marca e que ela ficava triste, muitas vezes, por causa disso.

Foi solicitado que realizasse um desenho de sua família ainda neste encontro, e Ysadora desenhou algumas primas por parte da família materna, uma delas reside na mesma cidade que ela, as outras três no estado vizinho. Ainda sobre o desenho, disse que é uma família só de mulheres, que moram separadas e não se encontram há bastante tempo. Não referiu os pais e não quis desenhar a si mesma.

Nos encontros seguintes, fez-se a aplicação do WISC-III, no qual Ysadora obteve os seguintes resultados: QI Total 100 (Médio), QI Verbal 104 (Médio) e QI Execução 97 (Médio). Apresenta, portanto, capacidade cognitiva adequada para sua faixa etária, demonstrando bom nível de funcionamento global, boa capacidade para a aprendizagem verbal e não-verbal.

Quanto aos Índices Fatoriais, em Compreensão Verbal (QI 105) obteve um escore que vai ao encontro do seu bom nível de conhecimento verbal adquirido. Em Organização Perceptual, atingiu um nível Médio (QI 94), representando adequadas condições de raciocínio

Artigos

não-verbal, atenção a detalhes e integração visomotora. Em Resistência à Distração (QI 102), demonstrou que tem boa capacidade de atenção, concentração e processamento sequencial. E finalmente, em Velocidade de Processamento, seu desempenho Médio (QI 101) sugere boa memória, atenção e capacidade de planejar, organizar e desenvolver estratégias.

A partir da aplicação da ESI no encontro seguinte, foi possível observar que Ysadora não apresentava sinais de estresse. Porém, foi importante a aplicação da escala para que a menina se autorizasse a falar sobre seus medos e inseguranças, tais como o medo do escuro, de como o coração bate depressa, de como fica triste e tem vontade chorar e de como se sente sem energia, tímida, aflita e que, às vezes, tem “bastante vontade de ficar sozinha”.

Antes de finalizar a avaliação, foi realizado mais um encontro com os pais, a fim de sanar algumas dúvidas e realizar uma entrevista familiar. Carlos queixou-se que a menina é muito imatura, que estava desorganizada, muito desatenta, desobediente e com comportamentos infantilizados, como rir e “fazer palhaçadas” sozinha. Incomodava-lhe o fato da menina não se organizar, não conseguindo dividir o tempo para brincar, estudar, arrumar-se para ir à escola e almoçar. Mesmo que estudasse em casa, ia muito mal na escola, com notas próximas de zero. Comentou que a menina ficava muito ansiosa com eventos sociais, como a festa de alguma amiga ou evento escolar.

Carlos também referiu que seus pais estavam passando alguns dias na sua casa, pois além de ser aniversário de Ysadora, também vieram visitar o irmão mais novo de Carlos, que estava passando por uma crise depressiva, após separação conjugal. Neste sentido, conseguiu falar sobre diversos casos de depressão na família, como seu pai e sua mãe (avós paternos de Ysadora), assim como, na família de Maria, seus pais (avós maternos da menina) e uma irmã, além de um irmão com diagnóstico de retardo mental. Todos os irmãos de Maria fazem tratamento para tireóide, sendo que Maria retirou a tireóide e a paratireóide devido a um tumor na região, quando Ysadora tinha por volta de um ano de idade.

Maria começou o tratamento para tireóide ainda antes de engravidar e ficou sabendo da gravidez quando foi realizar uma cintilografia, pois um dia antes sentiu um mal-estar e foi buscar ajuda médica, salientando que o bebê “quase correu risco de morte”. Neste sentido, quando questionada sobre o desejo de não terem filhos, afirmou que chegaram a pensar em

Artigos

realizar um aborto. Porém, Maria pensava que este podia ser um “sinal” para dar continuidade à gravidez, pois já havia realizado um aborto seis anos antes. Na época, quando soube que estava grávida, optou por não manter a gravidez, juntamente com seu marido.

Após este último encontro, optou-se por realizar dois momentos para a entrevista de devolução, um com a menina, outro com os pais. E desta forma, foi muito importante para os pais, para que, ao mesmo tempo, em que pudessem compreender os sintomas da filha, se permitissem falar sobre algumas situações familiares que seguiam interferindo na relação de todos.

Na entrevista com Ysadora, a menina sentiu-se mal durante todo o encontro, com dores abdominais e cefaléia. Ysadora pode ser compreendida nas suas dificuldades e auxiliada a entender porque estava indo mal na escola, podendo sentir-se aliviada, já que se esforçava tanto e seus resultados não melhoravam. Enquanto brincava na casinha, encontrou muitas sujeiras, incomodando-se bastante. Isto representava todas as “sujeiras” que poderiam sair da sua casa naquele momento, e o quanto isto a assustava e a deixava desconfortável. O pai foi chamado e ficou acompanhando-a na sala de atendimento, a fim de participar do momento final dessa entrevista.

Na semana seguinte, ocorreu a devolução com os pais. Maria parecia aliviada por poder compreender o que acontecia com a sua filha, mesmo que lhe preocupasse a hipótese diagnóstica de um episódio depressivo moderado. Enquanto o pai, por sua vez, mostrava-se tenso e resistente. Ao longo do atendimento, permitiu-se verbalizar o quanto sofria ao olhar a filha, pois se deparava com as suas dificuldades e com a sua própria deformidade.

Análise dos Dados

Após a bateria de testes e todos os encontros realizados, foi possível observar que a queixa principal, a desatenção, não estava vinculada a um transtorno de déficit de atenção, como havia sido sugerido pela escola. Esta condição estava atrelada a outra série de sintomas que foram sendo percebidos ao longo da avaliação, aparecendo, portanto, a desatenção como uma das consequências de um quadro depressivo moderado.

Artigos

Os resultados do WISC-III foram muito importantes nesta avaliação, pois mostraram o potencial cognitivo da menina, não só quanto à capacidade de atenção, mas quanto à capacidade de processamento da linguagem, raciocínio, memória, qualidade do conhecimento adquirido, organização perceptual, concentração, capacidade de planejamento e habilidade para pensar e manipular estímulos visuais com rapidez. A partir disso, foi possível observar que os problemas escolares de Ysadora não eram explicados por aspectos cognitivos, mas sim devido a questões emocionais subjacentes.

Neste sentido, pode-se compreender que Ysadora se esforça para estudar e mesmo tendo potencial cognitivo, não está conseguindo acompanhar a sua turma na escola. Desta forma, acaba angustiando-se, tendo sua autoestima prejudicada, pois é cobrada pelos pais que tenha bom desempenho escolar, assim como estes exigem uma postura madura da menina diante das mais diversas situações.

A insegurança de Ysadora se eleva, dando lugar aos sentimentos de inferioridade. Como visto no HTP, a menina tende a se retrair, aumentando a tensão interna e a angústia, pois não consegue dialogar com os pais. A dependência excessiva surge como uma tentativa de tentar ser olhada pelos pais, a fim de ser apoiada e compreendida.

Diante deste contexto, pode-se compreender também que o desenho de sua família reflete estas ausências das figuras paterna e materna, pois os pais não aparecem neste desenho. São desenhadas primas distantes que estão associadas a momentos alegres que a menina vivenciou, sugerindo que o seu ambiente familiar encontra-se desorganizado e confuso.

Diante deste contexto familiar, Ysadora acabou adoecendo, surgindo os sintomas depressivos que, em alguns momentos, também foram percebidos pela escola e pela psicopedagoga, como perda de interesse pelas atividades cotidianas, redução da energia, rebaixamento do humor e problemas de sono, como a presença constante de bocejos em sala de aula, que está relacionada também à dificuldade que a menina tem para dormir. Além disso, apresenta rebaixamento da capacidade de experimentar prazer, dificuldade nos relacionamentos interpessoais, constante somatização, como as dores abdominais e cefaléias, além de uma importante diminuição da autoestima.

Artigos

Quando Ysadora mostra sua cicatriz, comparando-a com a marca deixada pelo caçador no desenho da árvore do HTP, sugere que a marca nos seus pés lhe deixa tão triste quanto à marca que a árvore possui. Demonstrando, portanto, que existe um registro de uma falha psíquica a partir de uma deficiência real, que perturba sua autoestima e que a acompanha desde seu nascimento. Isto é, existiu uma falha concreta que prejudicou sua constituição psíquica e que segue trazendo consequências na imagem que possui de si mesma até hoje. Ysadora adora usar sapatos de marca, que sejam populares entre suas colegas, e mesmo sabendo que deve alterná-los com sapatos ortopédicos, segue usando apenas aqueles que sejam do mesmo tipo das amigas, mesmo que lhe machuquem os pés.

Neste sentido, Ysadora faz uso constante do mecanismo de defesa de negação, precisando negar sua deformidade e o desconforto psíquico que esta lhe gera. Devido a esta dificuldade, Ysadora tem se voltado cada vez mais para dentro de si, tornando-se extremamente introspectiva, uma vez que não encontra apoio para compreender suas dores e preocupações.

Ysadora tem dificuldades em lidar com o sofrimento ocasionado pela deformidade nos pés, da mesma forma que o pai teve na sua infância e segue tendo ainda hoje, pois verbaliza não ter superado as consequências deste fato em sua vida. Ele ainda sofre com o sentimento intenso de rejeição que viveu no passado. Da mesma forma, toda vez que olha para a filha, depara-se com a sua fraqueza, com a sua deformidade e com a sua própria depressão.

Dessa maneira, pode-se compreender a importância da menina ter realizado o psicodiagnóstico ainda na infância, pois a partir deste, suas dificuldades escolares puderam passar a ser olhadas através de nova perspectiva, sendo, portanto, compreendidas na sua complexidade. O resultado da avaliação, devido a isso, foi fundamental para definir o tratamento mais adequado para Ysadora, uma vez que esta foi encaminhada para psicoterapia individual e a família para psicoterapia vincular, bem como, trabalhado com o solicitante a conclusão da avaliação psiquiátrica.

Considerações Finais

Diversos autores pontuam que os sintomas depressivos na infância devem ser observados e analisados com ressalvas significativas quanto ao quadro comum reconhecido para adultos. Neste sentido, o psicodiagnóstico torna-se um processo rico e com ferramentas importantes para a avaliação deste diagnóstico, com a finalidade de refletir e analisar com cautela, como se expressam determinadas psicopatologias na infância.

Mesmo que diante do contexto atual da avaliação psicológica não se tenha ainda instrumentos psicológicos específicos para investigação da depressão na infância – apesar de já existirem estudos em andamento, como sobre o Inventário de Depressão Infantil – CDI (Cruvinel, Burochovitch & Santos, 2008) – o psicólogo especialista nesta área possui conhecimento para buscar os recursos específicos que podem auxiliar na identificação deste tipo de sintoma. Processo este que difere do psicodiagnóstico com adultos, pois para esta fase do ciclo vital já existem instrumentos psicológicos específicos para depressão, validados pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP, de acordo com o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI (CFP, 2013).

Tratando-se de depressão, reitera-se ainda mais a importância de ações interventivas, pois se sabe que quando os sintomas não são tratados, o prognóstico do paciente pode se tornar reservado, uma vez que é comum o quadro evoluir para pensamentos de morte e, até mesmo, tentativas de suicídio (Harada & Soares, 2010). Em razão disso, o psicodiagnóstico, realizado ainda na infância, mostra-se como uma estratégia técnica essencial, onde a criança poderá ser beneficiada através de um trabalho paliativo e, sobretudo, preventivo quanto ao seu prognóstico. A possibilidade de identificar sintomas nesta fase do desenvolvimento proporciona um amplo entendimento das causas que originam determinados sintomas, a tempo de realizar mudanças psíquicas significativas. Visando, desta forma, discutir a melhor indicação terapêutica, com o objetivo de diminuir os sintomas a curto e longo prazo, pensando na melhor qualidade de vida possível ao sujeito que busca ajuda ainda na infância.

Referências

- Albertini, M.R.B. (2012). *O uso do desenho conjunto na entrevista familiar: uma proposta para o psicodiagnóstico de crianças*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4 ed). Porto Alegre: Artmed.
- Ancona-Lopez, M. (1995). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.
- Arzeno, M.E.G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico* (2 ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366.
- Barbieri, V., Jacquemim, A. & Alves, Z.M.M.B. (2004). Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia*, 14 (28), 153-167.
- Buck, J.N. (2003). *HTP Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI*. Disponível em <<http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>> Acesso 10 de setembro de 2013.
- Cruvinel, M., Burochovitch, E. & Santos, A.A.A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20 (2), 473-490.
- Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, V.L.M. (2001). *Uma adaptação brasileira do teste de inteligência WISC-III*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Fonseca, A.C., Ferreira, A.G., Rebelo, J.A., Simões, M.D.F., Pires, C.L. & Gregorio, M.H. (2002). O estudo da depressão em crianças: a escala de auto-avaliação da depressão de Birlson. *Psychologica*, 29, 113-122.

Artigos

Gastaud, M.B., Basso, F., Soares, J.P.G., Eizirik, C.L. & Nunes, M.L.T. (2011). Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), 109-115.

Harada, O.L. & Soares, M.H. (2010). A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 6 (2).

Lipp, M.N. & Lucarelli, M.D. (2005). *Escala de Stress Infantil – ESI: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes Filho, E.P., Bueno, J.R. & Nardi, A.E. (1996). *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu.

Schelini, P.W., Gomes, V.L.T. & Weschler, S.M. (2006). Avaliação psicológica infantil: aspectos cognitivos e neuropsicológicos. In Noronha, A.P.P., Santos, A.A.A., Sisto, F.F., *Facetas do fazer em avaliação psicológica* (pp. 81-94). São Paulo: Vetor.

Schwan, S. & Ramires, V.R.R. (2011). Depressão em crianças: uma breve revisão da literatura. *Psicol Argum*, 26 (67), 457-468.

Silveira, K.B.M. & Grinfeld, S. (2004). Depressão infantil: um breve estudo. *Internacional Journal of Dentistry*, 3 (1), 312-323.

Solomon, P. & Patch, V.D. (1975). Psiquiatria infantil. In *Manual de psiquiatria*. São Paulo: Atheneu.

Stratton, P. & Hayes, N. (1994). *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira.

Schor, E.L. (1995). Depression. In *The American Academy Pediatrics*. New York: Bantam Books.

Valentini, W., Levav, I., Kohn, R., Miranda, C., Mello, A.A.F., Mello, M.F. & Ramos, C. (2004). Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista Saúde Pública*, 38 (4), 522-8.

White, J. (1989). *Depression. The troubled adolescent*. New York: Pergamon.

World Health Organization. *Depression*. Disponível em:

<<http://www.who.int/topics/depression/en/>> Acesso em 10 de setembro de 2013.

Yin, R.K. (2005) *Estudo de caso – planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.