

**DEFICIÊNCIA MENTAL:
LIMITAÇÕES INTELECTUAIS OU COMPROMETIMENTOS EMOCIONAIS?
ELEMENTOS PARA UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Regina Maria Leme Lopes Carvalho *

Maria Nurymar Brandão Benetti **

RESUMO

Esta pesquisa foi feita com o intuito de aprofundar nos conhecimentos sobre Métodos e Técnicas de investigação no diagnóstico psicológico com crianças e adolescentes, portadores de graves distúrbios mentais. Pretendemos verificar a possibilidade de um diagnóstico diferencial entre deficiência mental e perturbações emocionais graves da infância (psicose). Partimos das seguintes hipóteses: 1) os testes psicológicos de medida de inteligência, comumente usados, são de pouca utilidade para esse tipo de diagnóstico porque não podem dar a qualidade da organização mental e, 2) o instrumento clínico mais útil para esse fim nos parece ser a Entrevista Lúdica e os testes gráficos. Foram examinados quinze alunos da APAE de Campinas, que não tinham diagnóstico definido. Além do contato com as crianças, foram feitas entrevistas com os pais e com a equipe técnica da APAE. Constatamos que dessas quinze crianças, já testadas previamente com testes de inteligência e classificadas como Deficientes, apenas duas seriam deficientes mentais; uma delas seria uma criança normal e as outras doze apresentavam distúrbios mentais graves com mecanismos ora neuróticos ora psicóticos.

I. INTRODUÇÃO

A idéia dessa pesquisa surgiu frente à dificuldade que sentimos em estabelecer um diagnóstico diferencial entre as oligofrenias possivelmente causadas por deficiências mentais e as pseudo-oligofrenias, ou sejam quadros que "imitam" a deficiência mental mas que têm a sua etiologia nos distúrbios emocionais graves da infância. Procurar estabelecer um conhecimento, o mais acurado possível, em relação à origem da deficiência mental observada é fundamental não só para o seu prognóstico quanto para o tipo de intervenção terapêutica e educacional a ser planejada.

* Professora do Mestrado em Psicologia da PUCCamp.

** Professora do Instituto de Psicologia da PUCCamp.

A dificuldade para elucidar esses aspectos parece ser uma realidade vivida não só pelos profissionais da Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia, como por psicólogos de várias outras clínicas e serviços de atendimento à infância e adolescência. Os clientes procuram atendimento, via de regra, com a queixa geral de dificuldades para a aprendizagem escolar e/ou perturbações no desenvolvimento emocional e desempenho social. É bastante difícil, em alguns casos, discernir o que seja:

a) uma deficiência mental verdadeira como a definem, Ey, Bernard e Brisset (1970): "*É uma insuficiência congênita do desenvolvimento da inteligência*", isto é, aqueles casos em que há uma diminuição (geralmente irreversível) das capacidades mentais, quais sejam: raciocínio lógico, abstrato, formal, capacidade de discriminação, análise e síntese, previsão, generalização, percepção de diferenças e limites, reconhecimento de valores e situações éticas, etc., e:

b) uma deficiência mental, produto de um severo bloqueio das capacidades acima enumeradas, ou pseudo-oligofrenias, como de fine Grunspum (1975) "*... os distúrbios emocionais graves simulam verdadeira oligofrenia; nem por isso as crianças devem ser diagnosticadas como oligofrênicas. Muitos pacientes havidos como retardados sofrem de distúrbios emocionais primários*". A limitação intelectual, nesses casos, teria sua origem em intensos conflitos emocionais. Ao primeiro grupo pertencem os indivíduos que não têm uma dotação constitucional compatível com um bom desenvolvimento intelectual, ou que sofreram lesões do sistema nervoso central originadas pelas mais diversas causas. Ao segundo grupo pertenceriam aqueles indivíduos que por circunstâncias pessoais e/ou externas, não puderam resolver os conflitos emocionais típicos das várias etapas do desenvolvimento, apresentando um desempenho geral comprometido.

A realidade da prática clínica nos mostra que não é uma tarefa simples dizer a qual desses grupos o indivíduo pertence, examinando-se apenas o seu desempenho nas tarefas exigidas pela família, pela escola ou pelo grupo social. Pensamos que a complexidade da tarefa se deva por um lado à precariedade, ou melhor, pela imaturidade dos nossos conhecimentos sobre a vida mental do ser humano e à dificuldade de acesso à vida mental infantil e por outro pela imprecisão dos nossos instrumentos de medida.

Algumas Palavras Sobre a Deficiência Mental

Vamos considerar, nesse momento, a deficiência mental como sendo a concomitância da insuficiência intelectual com distúrbios da conduta adaptativa, como nos propõe Krinski (1983). A literatura sobre o assunto é grande, já que pelo menos há dois séculos vemos educadores inicialmente, médicos e psicólogos a seguir, dedicarem-se ao seu estudo. Não é nosso propósito fazermos uma revisão bibliográfica sobre o assunto; vamos limitar-nos a colocar alguns pontos de vista de autores consagrados que servirão de parâmetros para a nossa discussão.

Em primeiro lugar a própria expressão "*deficiência mental*", tão usada e abusada entre nós, continua sendo pouco precisa, porque abrange uma série de fenômenos e depende dos diferentes critérios que se empreguem para defini-la. Ajuriaguerra (1977) propõe que se examine a questão sob quatro critérios: o psicométrico, o da adaptação social, o biológico e o pluridimensional. Mostra que essa proposta já é fruto das investigações mais recentes, porque, nos séculos XVIII, XIX e no início do século XX, o assunto era tratado globalmente sob o título de "*idiotismo*". Já naquela época, havia preocupação em distinguir entre o demente e o idiota (Esquirol).

O Critério Psicométrico, que começou a ser usado a partir dos trabalhos de Binet-Simon em 1905, é o empregado por aqueles que usam os testes psicológicos para medir a capacidade intelectual de uma criança. Isso é feito comparando-se suas respostas a perguntas previamente estabelecidas, com a média da população. Assim se determina quando os resultados estão na média, acima ou abaixo dela.

As crianças que apresentam resultados abaixo da média são chamadas DEFICIENTES numa simplificação flagrante do problema. O uso exclusivo desse critério pode levar a erros grosseiros de diagnóstico e prognóstico, causando graves prejuízos à orientação terapêutica e pedagógica da criança. Sabemos também que o próprio Alfred Binet não se deixou enganar pelas limitações desse critério, tecendo considerações a respeito da importância dos aspectos afetivos e sócio-culturais para a compreensão da inteligência humana. A crítica maior a esse critério reside no fato de que as medidas de inteligência, quer usem um único coeficiente, quer usem dois ou mais como as escalas de Wechsler (WISC e WAIS) ou as Escalas Diferenciais de Eficiência Intelectual (EDEI) de Misès e Perron-Borelli (1971), nos apresentam dados quantitativos, sem nos mostrar a qualidade da organização.

O Critério da Adaptação Social procura apontar em que medida as pessoas se adaptam a uma sociedade. Nas sociedades mais avançadas, nas quais a escolaridade é obrigatória, essa medida se faz em relação à adaptação escolar. Deficiente mental passa a ser a criança que não se adapta e/ou progride segundo os parâmetros escolares. É um critério que, usado com exclusividade, também apresenta muitas falhas, porque privilegia apenas os aspectos de adaptação social. Além disso, é conhecido de todos que na história mundial muitas vezes a inadaptação social foi a marca do gênio.

À medida em que a ciência avança e possibilita um maior conhecimento sobre o ser humano, o **critério biológico** cresce de importância, porque auxilia a conhecer a etiologia dos distúrbios, através da sua sintomatologia e com isso facilita o estabelecimento de diagnósticos e prognósticos mais adequados.

Mas sabemos que as doenças orgânicas não são as únicas responsáveis pelas deficiências mentais. Até o presente momento não dispomos de uma visão clara a respeito da existência e de como se

comportam os componentes orgânicos dos distúrbios afetivos-emocionais que quase sempre aparecem aliados aos problemas da deficiência mental. Por tudo isso, o **critério pluridimensional** nos parece ser o mais útil para se abordar o tema, e é o apontado pela Organização Mundial de Saúde, quando define o homem como um animal bio-psico-social, recomendando que os técnicos utilizem esse enfoque ao se voltarem para a compreensão da Deficiência Mental.

Nessas palavras introdutórias sobre as teorias que usamos para lidar com o fenômeno chamado deficiência mental ainda falta mencionar as classificações. É muito comum classificarem-se as deficiências mentais em níveis e para isso usam-se vários critérios: os dos testes psicológicos, o da eficiência escolar e o do desempenho social. Assim temos deficientes leves e profundos; idiotas, imbecis, educáveis e retardados e outras classificações. Psicólogos e educadores têm-se valido muito dessas classificações, assim como os médicos. Achamos que este é um procedimento muito controverso e com implicações muito sérias quando usado inadvertidamente. Geralmente os rótulos impedem o questionamento e a pesquisa. Mas, no entanto, aí está a OMS propondo classificações para as doenças mentais e também para as deficiências mentais (OMS 1975) e, sob o ângulo da codificação, esse critério pode ter a sua utilidade.

Não nos pretendemos deter sobre o assunto das classificações das Deficiências Mentais, mas convém deixar aqui uma palavra sobre a importância da sua existência.

Algumas Palavras Sobre os Distúrbios Emocionais Graves da Infância: em toda a literatura esse é um dos assuntos mais ricos e mais controversos.

Tomando por base o que nos diz Ajuriaguerra, no Capítulo XX do seu Manual de Psiquiatria Infantil (1977), desde Kraepelin e Bleuler que os estudiosos procuram estabelecer uma correlação entre nomes e sintomas, definir síndromes, enfim chegar a uma visão mais clara do problema. Aponta que os vários autores discutem se certos sintomas são patognomônicos do autismo ou da esquizofrenia, se o termo psicose poderia englobar todos os distúrbios emocionais da primeira infância ou não e, no final da página 676, encontramos o seguinte: "*Un problema queda relativamente confuso: el des las relaciones entre el retraso mental y las psicosis infantiles*".

Entretanto, tudo o que foi até agora pesquisado e encontrado pelos mais eminentes e dedicados pesquisadores como M. Mahler, Bowlby, F. Tustin, Ajuriaguerra, Diatkine, B. Bettelheim e muitos outros nos dá o seguinte quadro:

1) Há patologias mentais que se instalam precocemente (entre três e cinco anos segundo certos autores) e que parecem ser o resultado de uma parada no desenvolvimento mental da criança. Parece que a mente dessas crianças permanece funcionando segundo padrões que foram normais nos primeiros meses de vida (24 meses). M. Mahler (1977) descreve a fase Autística Normal e a Fase Simbiótica

tica Normal como etapas precoces do desenvolvimento infantil e que vão, com o passar do tempo, cedendo lugar a formas mais evoluídas de funcionamento mental.

Algumas mentes não evoluem, ou evoluem muito lentamente e de uma forma desarmonica. Diatkine (1976) nos mostra que as duas psicoses básicas da primeira infância são o Autismo e a Simbiose. Posteriormente afirma que a primeira evolui para a segunda. Leo Kanner (1972) foi o primeiro a descrever uma síndrome que recebeu o nome de "autismo precoce de Kanner" e cujos primeiros sinais poderiam já se manifestar entre o quarto e o oitavo mês. Essas crianças têm "uma forma especial de conduta com as coisas e as pessoas", parecem viver afastadas do mundo externo e em contato com um mundo privado de fantasias. Movimentam-se bizarramente, indo da mais total apatia a uma extrema agitação. A sua linguagem é muito peculiar e regredida; às vezes não falam. Às vezes repetem estereotipadamente frases, versos, frases musicais com várias significações diferentes.

Outros autores, além de Kanner, trouxeram novas contribuições, principalmente sobre a influência da família e do meio social no qual vive a criança. O autismo infantil precoce de Kanner é raro, mas encontramos traços autistas em muitas crianças e atualmente esse nome designa uma síndrome psicótica.

A psicose simbiótica apresenta características diferentes do autismo, na medida em que a criança tem grande dificuldade em tornar-se um indivíduo separado da figura materna. A diferenciação "eu x mundo" é muito precária. São crianças que vivem "grudadas" (às vezes até fisicamente) nas suas "mães". Há uma intensa defesa, uma espécie de recusa em separar e crescer e o termo simbiótico embora usado analogicamente nos dá uma idéia das características dessas crianças.

2) Há patologias mentais que se instalam mais tarde, na idade escolar, e que, quanto mais se instalam, mais se aproximam dos quadros encontrados nos adultos. Por muitos autores são chamadas de esquizofrenia. Características principais: 1) começam de forma variada, brusca ou progressivamente, com transtornos de conduta, afastamento autista, transtornos do humor; 2) apresentam distúrbios do comportamento e das relações com o exterior (transtornos de conduta); 3) distúrbios do curso do pensamento (lento, viscoso, associações bizarras, etc.); 4) modificações do humor: tendência depressiva, fases de hiperatividade monótona ou hiperexcitação sem motivo, crises de angústia expressa ou sob forma de fantasias de morte ou aniquilamento; 5) sentimentos e estados delirantes com despersonalização, inibição intelectual e perplexidade; a realidade é confusa, tendo as pessoas e coisas perdido as suas características de estabilidade; falta de limites precisos do próprio corpo; 6) desorganização psicomotoras, maneirismos, parasitismo mímico, gestos estereotipados, rituais, lentidão ou excitação psicomotoras; 7) distúrbios da linguagem: incoerência e discordância do relato; vocabulário pobre; palavras inventadas. Às vezes aparece o mutismo secundário; 8) o quadro

da Deficiência como consequência dos intensos mecanismos de cisão e projeção característicos da mente psicótica, o atraso no desenvolvimento mental dessas crianças é uma das características mais evidentes. Esse é um dos pontos salientados por M. Klein (1969), no seu artigo "Notas sobre alguns mecanismos esquisóides", quando diz: "Certas formas de deficiência mental teriam, pois, de ser consideradas como pertencentes ao grupo das esquizofrenias. Nessa conformidade, ao considerarem-se as deficiências mentais em crianças de qualquer idade, deve-se ter presente a possibilidade de doença esquizofrênica no início da infância". (pag. 325).

II. OBJETIVOS E HIPÓTESES

O objetivo principal do trabalho foi o aprofundamento do nosso conhecimento sobre o tema: possibilidades do diagnóstico diferencial entre perturbações emocionais graves e deficiência mental. Esse aprofundamento foi feito através do exercício prático, isto é, realizando-se diagnósticos psicológicos em crianças com graves perturbações mentais. O tempo de experiência clínica que possuímos permitiu deixar mais claras as nossas dúvidas e delimitar com uma precisão maior o nosso trabalho.

Considerando que o diagnóstico dos distúrbios mentais graves da infância é muito complexo e de difícil execução, exigindo do profissional experiência e conhecimento tanto das formas de avaliação como das características da criança em suas diferentes etapas do desenvolvimento, levantamos as seguintes hipóteses:

1) Os testes psicológicos de medida de inteligência, comumente usados, são de pouca utilidade para esse tipo de diagnóstico, porque são na sua maioria importados de outros países e fornecem dados quantitativos, sem poder dar a qualidade da organização mental.

2) O instrumento clínico mais útil para esse diagnóstico parece ser a Entrevista Lúdica ou Hora de Jogo Diagnóstico, porque permite uma maior aproximação dos dinamismos da mente infantil.

3) As provas gráficas, grafismo, como são comumente chamadas, podem ser bons auxiliares para o tipo de diagnóstico que pretendemos.

III. MÉTODO

A metodologia usada nessa pesquisa foi a habitualmente empregada nos procedimentos de diagnóstico psicológico, ou seja, a metodologia clínica. Podemos resumir os passos dados em quatro etapas: observação do material a ser estudado (no caso as crianças no seu ambiente escolar e familiar); levantamento de hipóteses de trabalho clínico; escolha dos instrumentos de trabalho (entrevistas, testes) e avaliação e discussão daquilo que foi encontrado.

A seguir foi feito esse relatório onde descrevemos, de maneira sucinta, tudo o que fizemos, colocando os nossos achados à disposição da nossa comunidade, esperando que novas indagações e

pesquisas possam a ele seguir-se.

Amostra

Entramos em contato com os sujeitos da pesquisa após entendimentos com a APAE de Campinas sobre a possibilidade de desenvolvermos o trabalho naquela Instituição.

A amostra foi inicialmente planejada com 18 sujeitos, na faixa etária de nove a vinte anos, de ambos os sexos, freqüentando regularmente aquela instituição e que, embora avaliados clinicamente, não tinham um diagnóstico claro, sendo por isso desejado dos técnicos da instituição que fossem revistos.

Na leitura dos prontuários de cada criança, encontramos resultados de testes psicológicos feitos pelos psicólogos da Instituição em outras ocasiões. Os testes mais comumente aplicados eram: o Colúmbia, a Escala de Terman Merrill, a Escala de Inteligência Infantil de Wechsler (WISC) e vários outros tipos de testes. Não há condições metodológicas que possibilitem o uso desses resultados em comparação com os encontrados na nossa pesquisa. Por isso eles serão usados qualitativamente quando descrevermos caso por caso num próximo trabalho.

Justificativa da Escolha da Amostra

De acordo com o previamente exposto na Introdução, o nosso interesse era o de aprofundar os conhecimentos sobre métodos e técnicas de investigação em diagnóstico psicológico com crianças e adolescentes portadores de graves distúrbios mentais. Mais especificamente, pretendíamos verificar a possibilidade de um diagnóstico diferencial entre deficiência mental e perturbações emocionais graves da infância (psicoses).

Passamos a procurar um local onde pudessemos desenvolver esse trabalho e, como tem havido um significativo intercâmbio entre a APAE de Campinas e a PUCCamp, viemos a saber das dificuldades que, naquele momento, a APAE tinha para precisar o diagnóstico de certos alunos. Ora, esse era justamente o nosso interesse e, a partir daí, elaboramos um plano de trabalho conjunto.

A descrição detalhada da amostra, com um resultado dos dados de cada criança, encontrar-se-á num próximo trabalho.

Estratégia e Procedimentos

A estratégia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa foi a de entrar em contato com os sujeitos da amostra, com a sua família e com o pessoal técnico da Instituição usando os seguintes procedimentos: entrevistas com o corpo técnico e a família; horas lúdicas (filmadas) e testes psicológicos com as crianças; exame dos prontuários de cada criança.

Inicialmente entramos em contato com a equipe técnica composta por: Diretora da Escola, Coordenadora Pedagógica; Psicólogo

go, Assistente Social, Médico e Fonoaudióloga.

Principalmente através do Psicólogo e da Assistente Social, tomamos os primeiros contatos com a população da APAE, o que possibilitou a seleção dos 18 casos considerados adequados ao trabalho.

A seguir, lemos os prontuários de cada uma dessas dezoito crianças, pedindo, sempre que necessário, o auxílio da equipe técnica.

Esses primeiros passos já nos possibilitaram levantar a hipótese de que, provavelmente, a nossa amostra se reduziria, caso alguma criança não preenchesse todas as condições previstas pela metodologia a ser empregada.

A seguir passamos a marcar as entrevistas com as crianças e, nesse momento, entramos em contato com as professoras de classe (equipe pedagógica). Propositadamente escolhemos não ouvir as famílias nem as professoras, antes de examinarmos as crianças, para diminuir ao máximo as informações que pudessemos obter sobre as crianças e que provavelmente interfeririam na nossa percepção.

Já as estávamos conhecendo bastante por causa dos contatos com a equipe técnica e com os prontuários indispensáveis para a escolha da amostra.

O nosso ponto de vista é o de que a Hora Lúdica ganha eficiência, como instrumento de conhecimento do mundo mental da criança, quanto menor for a "contaminação" do examinador por informações extras.

Esses aspectos serão mais amplamente comentados no Capítulo Discussões.

Consta do projeto inicial, a filmagem em Video-Cassete, das entrevistas lúdicas.

Tentamos fazer isso, mas verificamos que, sem uma iluminação adequada e um sistema de som eficiente, a qualidade da gravação ficava tão prejudicada, que se tornava ineficiente. Pretendíamos fazer essa gravação fora da sala de atendimento, através do espelho de observação, para que o examinador e a criança ficassem livres de qualquer interferência na sua interação. Tentamos, então, colocar um observador (uma das pesquisadoras) na sala de observação atrás do espelho. Mas a sala de Ludo não tinha instalação de som adequada, não havia o espelho e não foi possível a observação visual. Decidimos então optar pela técnica bastante conhecida do observador não interferente dentro da sala. A tarefa do observador era anotar tudo o que se passava. As duas pesquisadoras principais alternaram-se nas tarefas: uma fazia a sessão lúdica e a outra observava. Em alguns casos o observador foi uma das psicólogas auxiliares da pesquisa (vide Quadro 1).

Cronograma

O Cronograma inicial da pesquisa previa dois semestres pa

ra o trabalho. Iniciamos em fins de março de 1983, examinando nove crianças no primeiro semestre (março-junho) e continuamos no segundo semestre (agosto-novembro).

Prevíamos avaliar os testes, o material lúdico e as entrevistas até março de 1984.

Entretanto, este cronograma não pode ser seguido pelos vários motivos que envolvem os trabalhos com crianças prejudicadas, famílias carentes, períodos letivos e tempo de trabalho disponível para a pesquisa por parte dos pesquisadores.

Seguimos à risca o cronograma de entrevista com as crianças e, em dezembro de 1983, tínhamos examinado toda a amostra. Mas as entrevistas com as famílias e o levantamento dos dados foram feitos em 1984.

Foi planejado fazermos para cada criança uma Hora Lúdica e uma entrevista na qual aplicaríamos o teste Bender Gestáltico Viso-Motor, de Lauretta Bender, e o grafismo que seria avaliado segundo a compilação proposta por Hammer.

Seriam então dois contatos com cada criança, o que não foi possível fazer com todos os dezoito sujeitos, por diversos motivos apresentados e discutidos nos Capítulos: Resultados e Discussão.

Após os contatos com cada criança, chamamos as suas famílias para uma ou duas entrevistas, nas quais procuramos levantar a história de vida da criança. Após esses procedimentos, passamos a avaliar os testes e a resumir todo o material obtido nas diversas entrevistas.

Discutimos os nossos achados com a Diretoria da Escola e com a Equipe Técnica, procurando responder às perguntas colocadas no início da pesquisa.

Esse relatório é o último passo do trabalho proposto. Esperamos com ele ter dado a nossa contribuição a esse vasto e difícil aspecto da Psicologia e suscitarmos a colaboração dos colegas que trabalham nessa área.

Justificativa da Escolha dos Procedimentos

O principal instrumento de trabalho do psicólogo clínico é a entrevista. É através dela que se entra em contato com os clientes e o seu mundo (família, escola, trabalho, etc.).

A literatura sobre a entrevista psicológica é vasta, mas, nesse momento, não possível nos determos sobre ela.

Há, entretanto, um tipo de entrevista específica, empregada com crianças e adolescentes, que é chamada Hora Lúdica ou Hora de Brinquedo, atividade que foi desenvolvida pelos psicanalistas de crianças, de inspiração Kleiniana e pouco a pouco adotada pela maioria dos psicólogos clínicos de crianças.

No presente trabalho, seguimos a orientação proposta por

Aberastury (1978) e por Ocampo (1974) como base para montagem e avaliação das nossas Horas Lúdicas.

No Quadro 1, encontram-se detalhados os brinquedos empregados e a técnica de abordagem usada. Usamos também a entrevista de coleta de dados ou anamnese para, através das famílias, entrarmos em contato com a história da vida da criança.

Nas obras de Aberastury (1978) esses assuntos estão muito bem desenvolvidos, dando-nos idéias para a condução de uma entrevista que dê elementos para perceber a interação mãe x criança, criança x família, criança x mundo.

O teste de Bender é um procedimento considerado útil para medida de desenvolvimento e percepção viso-motora e organização mental. É rápido, simples, prático e largamente usado entre os psicólogos clínicos.

A descoberta de que o desenho é uma das formas mais fidedignas de expressão do mundo mental da criança, data do fim do século passado. As duas primeiras décadas deste século foram férteis em estudos e pesquisas sobre o assunto, como nos informa F. Goodenough (1951) e esse tema vem se desenvolvendo até hoje.

Conhecemos trabalhos sobre Desenho da Figura Humana (Goodenough) da Árvore (Kohs), da Casa, da Família, etc. e que contribuem em larga escala para a nossa tarefa de diagnóstico.

Na presente pesquisa usamos o conhecido teste H-T-P, organizado por Hammer, e o "desenho livre", espontâneo como auxiliares do nosso trabalho.

Os índices utilizados para a avaliação dos desenhos são os propostos por Hammer, que reuniu várias outras pesquisas e propôs a síntese: desenho da casa, da árvore e da pessoa humana.

Ambiente Físico

É do conhecimento de todos os que trabalham em Psicologia Infantil que é necessário um ambiente físico específico para a avaliação psicológica, bem como para a psicoterapia.

A APAE dispõe, no seu setor de Psicologia, de salas adequadas para esse trabalho e lá executamos a nossa tarefa.

IV. RESULTADOS

Apresentaremos os resultados obtidos nessa pesquisa de uma forma descritiva que visa a seguir, "pari passu", o trabalho realizado. De acordo com o apresentado no Capítulo "Método", estudamos essas crianças a partir de vários ângulos, a saber: o ângulo da Instituição, o da família e o da nossa própria observação.

Do ponto de vista da Instituição, as dezoito crianças representavam um ponto de interrogação. Após os exames e avaliação

ções de rotina, e apesar de estarem matriculadas nos cursos oferecidos, a equipe técnica tinha muitas dúvidas sobre quem eram essas criaturas e o que fazer com elas.

Do ponto de vista da família, encontramos uma percepção generalizada: todas essas crianças eram tidas como "diferentes", mais frágeis, menos desenvolvidas, mais incapazes do que as outras crianças. Percebemos uma esperança nos pais de que os seus filhos pelo menos aprendessem a ler e a escrever, como se a alfabetização pudesse ajudá-los a se tornarem independentes e com isso diminuir a carga para os pais. Nos casos mais graves (psicóticos regredidos), notamos uma esperança de que a Instituição se ocupasse dos filhos, já que os pais nada podiam fazer. Esse tom de desânimo ou conformismo foi encontrado nos diversos grupos familiares. A APAE, embora possa ser um estigma, é a última esperança e proteção e a nossa presença foi sentida por alguns como uma possível ameaça de retirada dos filhos da Instituição. Não encontramos nas famílias uma disposição para o questionamento ou para a procura de desenvolvimento dos seus filhos, mas aqui é preciso levar em conta a carência sócio-econômica da população com que trabalhamos, onde possivelmente o aluno da APAE era o membro mais bem vestido, alimentado e assistido de toda a família.

Do ponto de vista da nossa própria observação, encontramos o seguinte:

1. A amostra inicial era de dezoito casos. Efetivamente trabalhamos com quinze casos, porque duas crianças foram afastadas por motivo de saúde e um adolescente estava deixando de comparecer à Escola (APAE); não queria mais participar daquele grupo.

2. As quinze crianças e adolescentes foram examinadas de acordo com o método e as técnicas já expostas e apresentaram as seguintes características:

2.1. Seis casos de crianças em que o funcionamento mental era predominantemente psicótico a saber: duas com acentuação dos traços de autismo; duas intensamente regredidas e desorganizadas com um contato muito difícil; duas com identidade conservada e um contato mais fácil, mas com formas delirantes de pensamento que invadiam o real, prejudicando o seu desempenho.

2.2. Três crianças com traços de uma neurose acentuada, onde predominavam aspectos depressivos. Uma dessas crianças apresentava uma suspeita de hipotireoidismo (dado do prontuário) e duas tinham "focos irritativos", mas esses quadros não nos pareceram ser a principal fonte das dificuldades. As três crianças tinham também graves problemas familiares (mãe com psicose puerperal, por exemplo).

2.3. Uma adolescente (20 anos) e uma criança (9 anos) sem indicação alguma de comprometimento orgânico e com um grande atraso no desenvolvimento afetivo e intelectual. Chama a atenção o seu funcionamento mental à base de atuação e sedução. Acrescentamos que com observações mais acuradas dessas crianças poderíamos chegar a perceber melhor as estruturas básicas de sua persona

lidade e saber se no início houve ou não uma esquizofrenia.

2.4. Um caso em que as dificuldades emocionais e intelectuais parecem prender-se a doenças orgânicas pessoais encontradas também na família (possivelmente genéticas) e à pobreza e desorganização familiar.

2.5. Dois casos de púberes (11 e 15 anos) com acentuada do atraso intelectual, mas com bom desempenho social e afetivo, sem notícias de doença orgânica. Seriam deficientes mentais? As duas crianças tinham: uma, a mãe e a outra, o pai doentes mentais e uma família muito desorganizada. Seria a deficiência mental uma defesa psicótica contra o crescimento e desenvolvimento?

2.6. Um caso de criança normal, com uma mente viva, boa produção mental, bom contato afetivo. Provavelmente apenas mais um caso de miséria e desagração familiar, impossibilitando o viver numa escola "normal".

V. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Examinando os resultados obtidos (do ângulo da nossa observação), vemos que, na amostra, encontramos uma incidência muito maior do que chamamos "problemas emocionais graves" da infância do que aquilo que chamamos "deficiência mental". Este achado confirma as nossas hipóteses, a saber: que o diagnóstico desses casos é complexo, exigindo tempo e uma equipe bem treinada para poder discriminar entre essas duas entidades; que os testes de inteligência nos ajudam pouco nesses diagnósticos e, finalmente, a nosso ver o ponto mais importante, que a Hora Lúdica aponta um caminho mais seguro, porque nos permite uma aproximação maior com a mente infantil.

Os desenhos espontâneos e o H.T.P. deram também uma contribuição ao apoiarem certas hipóteses diagnósticas levantadas na Hora Lúdica. De posse desses resultados, podemos afirmar com mais segurança algo que a nossa experiência clínica já apontava: é necessário tomarmos muito cuidado ao examinarmos as crianças ditas excepcionais. Esse exame deve ser feito levando-se em conta as inúmeras variáveis que se entrelaçam para dar o quadro da Deficiência Mental: aspectos do corpo da criança, aspectos da família e grupo social em que ela vive e aspectos da sua própria mente. Um diagnóstico feito levando em consideração apenas alguns desses aspectos provavelmente chegará a uma visão distorcida.

Achamos importante salientar esse ponto porque é frequente encontrarmos, por parte de psicólogos e outros profissionais que lidam com as crianças excepcionais, uma visão mais simplificada, rotulando como Deficientes Mentais pessoas que não o são em absoluto.

Eficiência escolar e social (critério adaptativo) não pode ser o único critério para essa avaliação. O prejuízo que daí pode advir é incalculável. Isto porque sabemos pela literatura

e observação clínica que as pessoas podem mudar a sua configuração mental, por mais prejudicada que ela possa parecer num dado momento (um autista, por exemplo), quando convenientemente encaminhadas e tratadas.

Na discussão feita com a Equipe Técnica da APAE, apontamos que, a nosso ver, a grande maioria das crianças e adolescentes por nós examinada deveria submeter-se a uma psicoterapia (Ludo terapia). As famílias também se beneficiariam muito com uma orientação adequada. Nos casos de psicose mais acentuada (2 casos) em que as crianças estavam muito agitadas e associadas, orientamos a Instituição e as famílias para que procurassem uma internação temporária na Clínica Infância-São Paulo, única Comunidade Terapêutica Infantil da região. Para as outras crianças tentamos encaminhamentos nas Clínicas Universitárias da PUCCamp e da UNICamp.

Sabemos que essa orientação dificilmente será seguida por dificuldades das próprias famílias. Não dispomos de unidades terapêuticas para este tipo de crianças, dispomos apenas de Clínicas, onde elas seriam levadas duas ou três vezes por semana se as famílias pudessem fazer esse esforço. Mas, como os resultados são lentos, o que vemos é que o abandono do tratamento é frequente. Ou então as famílias preferem mesmo que elas passem o dia numa Instituição abrigada como as APAES que, por motivos éticos e humanitários, as acolhem, mas não dispõem de recursos adequados para lidar com elas.

Apresentamos, em Anexo, o estudo de um caso que servirá como exemplificação detalhada do nosso trabalho. Essa foi uma pesquisa em que a avaliação só pode ser feita sujeito a sujeito. Foram quinze crianças, quinze avaliações, quinze resultados diferentes que foram sumarizados da forma acima.

É importante salientar que em alguns casos, após a avaliação, tínhamos mais perguntas do que respostas. Esse é um dos fatores que devemos incluir quando lidamos com os problemas mentais: O NÃO SABER.

QUADRO I

A HORA LÚDICA

A Hora Lúdica, ou hora de jogo diagnóstica é um recurso ou instrumento técnico que o psicólogo utiliza, dentro do processo diagnóstico, para conhecer a realidade na qual vive a criança que quer examinar. É considerada um recurso eficaz, baseado na percepção de que a atividade lúdica é a forma de expressão própria da criança, como a linguagem o é para o adulto.

Nesta pesquisa, na qual procuramos discutir não são aspectos do diagnóstico diferencial em crianças, mas também quais são os instrumentos técnicos mais úteis para se chegar a esse fim, planejamos usar a hora lúdica, os testes gráficos e o Bender-Gesaltico Viso-Motor, justamente para observarmos as nossas hipóteses iniciais.

A hora lúdica se faz numa sala apropriada, que deve ser isolada de ruídos, com iluminação e ventilação adequadas. É preferível que tenha poucos móveis (mesas, cadeiras, lousa, estantes) que sejam simples e laváveis. É também desejável a presença de água (torneiras, pias, bacias) e de terra e areia.

O material lúdico empregado (brinquedos) na nossa pesquisa foi o seguinte: 1 tanque de guerra, 1 bola, 1 família de bonecos plásticos (2 figuras masculinas adultas, 1 figura feminina adulta e 2 figuras femininas infantis), 5 tratores, 1 bule de café, 2 xícaras, 4 colheres, 1 bonequinha "Fofolete", 4 índios, 3 mocinhos (cow boys), 1 cavalo, 1 jogo de panelinhas com 5 panelinhas de vários tamanhos, bichos de madeira (boi, vaca, 2 porcos grandes, 2 porquinhos, 2 ovelhas grandes, 1 ovelha pequena, 1 cachorro e 1 galinha). Junto com esse material havia: 1 bloco de papel jornal, 1 vidro de cola, 1 rolo de durex, 1 caixa de giz de cera, 2 pincéis, 1 lápis, 1 borracha, 5 potes de guache nas cores: branco, preto, amarelo, vermelho e azul, 1 caixa de massa plástica, 1 tesoura de ponta redonda.

Todo esse material foi posto dentro de uma caixa de papelão com tampa. Essa caixa ficava em cima de um banquinho ao lado da mesa, de modo que a criança pudesse utilizar o seu conteúdo com facilidade, colocando os brinquedos em cima da mesa, se o desejasse.

Justificativa da escolha do material: o material usado foi cedido pela APAE, já que no início do nosso trabalho a dotação de recursos financeiros para a compra de material ainda não havia sido liberada. Combinamos com a Instituição utilizar o material de que necessitávamos e que estava disponível no seu almoxarifado e repô-lo assim que tivéssemos condições para tanto. Os brinquedos acima enumerados foram os que julgamos ser os mais apropriados. Para maiores detalhes sobre como organizar o material para uma Hora Lúdica seria interessante a leitura das obras de Aberastury e Ocampo já citadas no Capítulo Método.

Inicialmente pensamos em fazer duas caixas: uma com o material acima descrito para as crianças e outra sem os brinquedos para os adolescentes. Essa idéia foi abandonada, quando verificamos que provavelmente não haveria tanta diferença de desenvolvimento mental como a diferença de idade levaria a supor. Na realidade, apenas uma menina de vinte anos não se interessou pela caixa, preferindo conversar todo o tempo, adotando uma postura mais adulta.

A sala: utilizamos uma sala espaçosa, bem arejada e iluminada do setor de Psicologia. Havia um armário embutido fechado, uma mesa quadrada com duas cadeiras e um banquinho que foi utilizado pelas crianças e pela examinadora e uma mesa menor com uma cadeira onde ficou a observadora. A sala não dispunha de água, sendo que, sempre que ela foi solicitada, a criança foi buscá-la no banheiro vizinho. Havia também um espelho de observação danado para a sala vizinha, que não foi utilizado (vide Capítulo Método).

Apresentação e Instruções: Para todas as crianças foi usa

do o seguinte procedimento:

- 1) A examinadora foi buscá-la na sua sala-de-aula;
- 2) Apresentou-se dizendo o seu nome e o fato de ser psi
cóloga;
- 3) Convidou a criança para acompanhá-la até a sala de Lu
do, usando as seguintes palavras:

"Eu queria convidar você para vir até a sala comigo. Nós vamos ficar algum tempo juntos (30 minutos) conversando e brincando e assim nós vamos nos conhecer um pouco. Fulana (a observadora) vai ficar na sala quie tinha no canto, filmando e escrevendo. Nós estamos fazendo um trabalho de conhecimento das crianças da APAE e gostaríamos de ter a sua ajuda. Está bom? Você quer vir comigo?".

Entrando na sala dizíamos: "Essa é a nossa sala; vo
cê quer olhar o que tem aqui? Essa é fulana (observadora). Tem móveis, esta caixa e papel que você
pode utilizar como quiser".

Naturalmente a compreensão das instruções variou de criança para criança e a forma verbal foi, às vezes, alterada. Procūramos, no entanto, manter constante todo o conteúdo da mensagem para que as nossas observações se fizessem dentro de um campo de estimulações o mais constante possível.

Ao final de nosso tempo (30 minutos), avisávamos a criança, dizendo que o tempo tinha terminado e ela seria chamada nó
mente àquela sala para desenhar.

A segunda entrevista: de acordo com o planejamento, o segundo contato com a criança destinou-se à aplicação de testes grā
ficos e do Bender-Gestáltico Viso-Motor.

O procedimento foi o mesmo: buscar a criança na sala-de-aula, levá-la até a sala de Ludo já familiar, introduzir testes segundo as normas.

Iniciamos pelo grafismo, pedindo que desenhasse o que quisse, depois o desenho da casa, árvore e pessoa humana (H.T.P.); após aplicamos o Bender.

Na sala havia, além do mobiliário e da observadora, apenas o material necessário para a execução dos testes. Maiores informações sobre essas técnicas podem ser obtidas nas obras de L. Beñ
der e Hammer, já citadas no Capítulo Método.

Nessa segunda entrevista, notaram-se mais claramente as diferenças individuais **do ponto de vista da compreensão e execu**
ção da tarefa. Várias crianças não tiveram condições de executar os testes propostos, conforme o que se acha descrito nos Capít
ulos Discussão e Conclusão.

ABSTRACT

In this research we tried to develop some ideas about differential diagnosis between Mental Deficiency and Psicoses. We held, based on our previous experience, that the commonly used Intelligence Scales were insufficient to do so, and that a diagnostic interview with the children would be better. We examined 15 children attending the APAE de Campinas school along with their parents and teachers. These children had been submitted to other psychological tests but the results were not enlightning. At the end of our work we found that two of the fifteen children were Mentally Deficient, one was normal and twelve had severe mental disturbances, such as neuroses and psychoses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *Teoria y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, 6ª ed., Buenos Aires, 1978.
- AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Toray Masson, 4ª ed., Barcelona, 1977.
- EY, H.; BERNARD P. ET BRISSET, CH. *Manuel de Psychiatrie*. Masson et Cie, Paris, 1970.
- GRUNSPUM, H. *Distúrbios Psiquiátricos da Criança*. Livraria Atheneu, 3ª ed., Rio de Janeiro, 1975.
- KANNER, L. *Psiquiatria Infantil*. Ed. Sigloveinte, 4ª ed., Buenos Aires, 1972.
- KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. & RIVIERE, J. *Os Progressos da Psicanálise*. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1969.
- KRYNSKI, S. *Novos Rumos da Deficiência Mental*. Savier, São Paulo, 1983.
- MAHLER, M; PINE, F. & BERGMAN, A. *O Nascimento Psicológico da Criança*. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1977.
- OCAMPO, M.L. e Col. *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. Ediciones Nueva Vision, Buenos Aires, 1974.
- TUSTIN, F. *Autismo e Psicose Infantil*. Imago Editora, Rio de Janeiro, 1975.