

A REALIZAÇÃO DE UM PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL

2017

Patricia Silva de Oliveira

Discente do 10º período do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre
(Brasil)

E-mail de contato:

silvaoliveirapsico@gmail.com

RESUMO

O presente estudo atende à proposta acadêmica para experienciar a prática profissional, procurando superar as dificuldades que o psicólogo pode enfrentar em relação aos conteúdos numa situação real de realização do psicodiagnóstico. Tendo por objetivo descrever o processo, trata-se de um estudo descritivo-exploratório, revisado na literatura de um caso encaminhado por uma escola, referente ao comportamento social e pela dificuldade de aprendizagem de uma criança do terceiro ano do ensino fundamental. Através do processo, foi possível analisar o histórico de vida, compreendendo e avaliando a personalidade do paciente associando ao seu grupo familiar a fim de encaminhá-lo de acordo com suas necessidades.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico infantil, família, comportamento.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo apresentar considerações sobre o processo de psicodiagnóstico clínico individual realizado em uma criança através de uma proposta acadêmica de estágio de formação básico, ofertado ao curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre. Cunha (2000) *apud* Souza et al., (2014) destaca que o psicodiagnóstico é um processo científico que possui o tempo limitado e utiliza técnicas e testes psicológicos pode ser apresentado ao nível grupal ou individual, realizado para entender problemas embasado nos pressupostos teóricos, capaz de identificar e avaliar aspectos específicos, podendo classificar o caso e prever seu curso possível, atribuindo os resultados de acordo com as propostas de soluções.

Ocampo (1981) *apud* Souza et al., (2014) limita-se em descrever que o objetivo do processo do psicodiagnóstico é compreender a personalidade absoluta do paciente, levando em consideração os aspectos do passado, presente e futuro. Avaliação com tempo limitado que objetiva a investigação dos sintomas e as características da indicação por meio das técnicas como: entrevista semi dirigida, técnicas projetivas e entrevista de devolução. Além disso, Arzeno (1995) *apud* Souza et al., (2014) declara que através do psicodiagnóstico é possível estimar o prognóstico do caso, apresentar estratégias utilizando uma abordagem terapêutica de acordo com o paciente e assim ajuda-lo.

Segundo Tsu (1984), o psicodiagnóstico infantil é um processo muito complexo que demanda o delineamento de um modelo específico de trabalho que é diferente do psicodiagnóstico de adultos. Assim, Klein (1980) *apud* Cunha (2000) destaca que o brincar é a linguagem das crianças, relacionando a linguagem lúdica infantil à associação livre e os sonhos dos adultos. Consequentemente Cunha (2000) aborda:

[...] a neurose de transferência desenvolve-se da mesma maneira, não sendo as figuras parentais atuais, mas as internalizadas, que são projetadas no analista, que terá como principal função interpretar todo material associativo que a criança traz (CUNHA, 2000, p.97).

Para compreender a criança é necessário entender sua dinâmica familiar, o que torna a observação no processo, uma ferramenta fundamental, ao ponto que permite ver o fato problemático de sua inserção na dinâmica familiar de forma clara, permitindo o entendimento do campo relacional da criança. (TSU, 1984).

A avaliação psicológica realizada transcorreu-se nas dependências de uma escola pública municipal, localizada no interior do Espírito Santo. Essa instituição é localizada em uma região de situação de vulnerabilidade social, sendo que o maior número de alunos matriculados nessa instituição, residem na mesma região.

Através do encaminhamento escolar e do consentimento do responsável pela criança, a realização deste estudo viabilizou uma discussão sobre a atividade prática do psicodiagnóstico infantil. Possibilitando analisar o estudo de caso, levando em consideração as influências negativas do seu campo relacional, ou seja, as influências na base familiar. Nas palavras de Winnicott: “[...] a sintomatologia da criança reflete doença em um ou ambos os pais ou na situação social, sendo isso que necessita de atenção” (WINNICOTT, 1971, p.16). É necessário entender que o ser humano não é independente do meio.

O PROCESSO DE PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL

Oliveira et al., (2012) aborda o psicodiagnóstico como um estudo profundo da personalidade do indivíduo. Não é apenas uma coleta de dados que através da organização do entendimento clínico irá orientar o processo psicoterápico. É uma prática delimitada, que tem a função de obter a descrição e compreensão de modo global da personalidade do paciente ou também do grupo familiar. Sendo assim, é possível percorrer sobre os aspectos do passado, diagnóstico e prognóstico dessa personalidade (OCAMPO & ARZENO, 1975 *apud* OLIVEIRA et al., 2012).

Cunha (2000) destaca que o psicodiagnóstico deve surgir diante o levantamento de hipóteses que podem ser confirmadas ou refutadas no decorrer do processo. Dessa forma, segundo Tavares (2000), um dos meios de investigação utilizado é a entrevista que tem o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais ou sistêmicos que visa elaborar sugestões, encaminhamentos ou indicar alguma intervenção em benefício do paciente. Trinca (1984) aborda que não é apenas o processo de entrevista relevante para o processo, mas a mesma, com a observação clínica e a aplicação de testes psicológicos que servem como auxiliares das entrevistas. Os testes escolhidos devem atender às demandas específicas das hipóteses iniciais, assim, cada caso tem uma necessidade diferente (MARCELO & CARRASCO, 2005). Deve-se considerar aspectos específicos como idade, sexo, escolaridade e o que quer se avaliar (OLIVEIRA et al., 2012).

No psicodiagnóstico infantil o brincar é a técnica de avaliação utilizada. Roza (1999) *apud* Oliveira et al., (2012) destaca que a brincadeira é uma forma do comportamento específico da própria infância, assim são projetadas no ato, a forma de expressar seus sentimentos, pensamentos e conflitos.

Para avaliar a criança é necessário conhecer sua relação com sua família para relacionar ao seu desenvolvimento biopsicossocial. Tsu (1984) decorre sobre a questão de quem é o cliente do psicólogo no processo de psicodiagnóstico infantil, a criança, família ou quem encaminhou. Segundo a autora, deve considerar que as condições e características das crianças na sociedade, a ajuda psicológica é procurada em função da criança, mas que o problema deve ser visto além da individualidade, relacionado ao todo grupo familiar e com outras pessoas ou grupos envolvidos. “O sintoma da criança é emergente de um sistema intrapsíquico que está, por sua vez, inserido no esquema familiar também doente” (ARZENO, 1995, p. 167).

A RELAÇÃO FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A primeira relação que o bebê estabelece é o vínculo com sua mãe, essa relação começa na gestação e acompanhará depois do nascimento e no desenvolvimento da criança. É importante que tenha uma qualidade nesse vínculo, à medida que seja possível a troca afetiva entre mãe e filho (BORSA, 2007). “[...] A mãe necessita estar apta para estabelecer este vínculo, o que só será possível a partir de uma boa vivência de suas experiências relacionadas à gestação e ao puerpério” (BORSA & DIAS, 2004 *apud* BORSA, 2007). As experiências referem-se as mudanças físicas e emocionais ocorridas durante a gestação ou após. Por ser um evento complexo, marcado por mudanças na vida da grávida, envolvem sentimentos intensos que podem explorar conteúdos inconscientes da mãe (BORSA, 2007). Dessa forma, as emoções da mãe apresentam sua história, esse passado pode exercer sua influência em relação a criança (KLEIN et al.,1973).

[...] Durante os primeiros meses, a vida do bebê se passa na mais íntima união com a mãe. A relação emocional espontânea da mãe com seu filho é de importância incalculável, e todo planejamento consciente é relegado a um segundo plano (KLEIN et al.,1973 p.14).

Papalia & Feldman (2013) atribuem seres humanos como seres sociais, pois desde do começo o homem se desenvolve dentro do contexto social e históricos. Andrade et al., (2005) relatam que a família desempenha o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, assim, como os formadores dos principais vínculos, apresentando cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança. Klein et al., (1973) destacam que as fantasias que estão presentes na mente da criança e o ambiente familiar que irá influenciar o desenvolvimento que pode determinar se a disposição para com o mundo será amistosa ou hostil. No lar, existe uma estrutura

que o bebê nasce e se orienta. É necessário que a criança confie nas figuras dos pais, pois é o principal suporte dela através do seu mundo.

Entende-se, então, a relevância do meio que é caracterizado inicialmente pela família, a criança necessita desse meio para se desenvolver emocionalmente, se o ambiente for inadequado para o desenvolvimento, podem desenvolver diversas patologias (SEI et al., 2008).

METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido a partir da realização de um psicodiagnóstico infantil clínico individual realizado em uma escola pública municipal do interior do Espírito Santo com a autorização dos responsáveis. A avaliação psicológica foi realizada durante a prática de estágio, e a indicação da participante para o processo avaliativo através da equipe pedagógica da instituição.

A participante encaminhada será chamada de Maria (nome fictício), tinha dez anos e cursava o terceiro ano do ensino fundamental na época do processo. Os motivos do encaminhamento da escola foi seu comportamento agitado e sua dificuldade de aprendizagem, resultando em reprovações subseqüentes.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CASO CLÍNICO

Maria tinha dez anos de idade à época do atendimento. Ela foi encaminhada para a avaliação psicológica através do pedido da escola, devido ao seu comportamento agitado e pela dificuldade de aprendizagem.

Durante o processo ela morava com o seu pai de sessenta e cinco anos, com a mãe de vinte cinco anos e com o irmão de sete anos. Seus pais não eram são casados, apenas vivem juntos na mesma casa, mantendo um relacionamento aberto.

A mãe de Maria descreveu a gestação de sua filha de forma não desejada, marcada por consumo de bebida alcoólica em excesso, agitação com brigas físicas, estresse, quedas e complicações com sangramentos. Devido as complicações no parto, Maria nasceu em outra cidade e prematura, onde após a alta hospitalar de sua mãe, permaneceu sozinha internada no hospital durante quatro meses sem a visita de sua família.

Quando Maria foi para casa dos seus pais, não foi amamentada pelo leite materno, pois não conseguia se adaptar, foi amamentada pela mamadeira e durante esse período chorava muito. Não

apresentou nenhum problema de saúde durante esse tempo. Seu desenvolvimento ocorreu de forma esperada pela idade.

Os pais descreveram Maria como uma menina agressiva quando é frustrada, muito agitada e com dificuldade de atenção durante suas tarefas domésticas. A mãe relatou que filha apresenta um quadro de enurese noturna desde pequena e não se lembra quando desenvolveu.

Maria durante o período de avaliação não sabia ler, apenas reconhecia letras e cores. Cursava o terceiro ano do ensino fundamental que reprovou por três vezes. Não apresentava atraso no desenvolvimento motor e nem dificuldades de socialização.

PROCEDIMENTO

Foram realizadas dezesseis horas de observações no ambiente escolar, duas entrevistas, uma com a mãe e uma entrevista com a professora e três encontros com a paciente.

No primeiro momento ouviu-se a queixa inicial da professora quanto ao comportamento de Maria. Diante do encaminhamento feito pela instituição foi possível solicitar a autorização dos responsáveis por Maria para que a avaliação psicológica ocorresse.

Durante os atendimentos ocorreram: duas entrevistas semiestruturadas, uma com a mãe e outra com a professora da turma de Maria; aplicação de testes projetivos como: H-T-P, fábulas e desenho da família e o uso da família terapêutica. Através da devolutiva foi possível apresentar as conclusões diagnósticas e fazer o encaminhamento necessário.

Etapas do processo avaliativo

O primeiro momento foi marcado pela escuta das queixas da professora sobre a aluna. A professora destacou o comportamento agitado e a dificuldade de aprendizagem de Maria.

Após entender os motivos da avaliação, aconteceu o momento das observações no ambiente escolar. Através das observações foi possível coletar sinais que poderia levar a primeira hipótese diagnóstica.

O primeiro encontro após o período das observações, ocorreu com os responsáveis, através do mesmo, foi explicado o motivo da proposta da avaliação, o sigilo e logo após recolhida a assinatura do termo de autorização. Nesse mesmo dia ocorreu a entrevista com os pais, junto com a confecção da anamnese que possibilitou coletar informações referente ao desenvolvimento de Maria, sua relação social e seu cotidiano.

O segundo encontro foi realizado com Maria, a primeira avaliação consistia na aplicação da técnica desenho da família. Morval (1974) *apud* Ortega (1981) destaca que essa avaliação se torna relevante, à medida que a família é um fator decisivo na estruturação da personalidade. Portanto, através dessa técnica, a criança representa suas atitudes e sentimentos em relação à sua família, dessa forma é possível conhecer essas atitudes e sentimentos, interpretando os signos do desenho da família.

No terceiro encontro foi aplicado o teste projetivo H-T-P. Segundo Buck (2003) *apud* Rosa & Batista (2015), tem a função de avaliar a personalidade e de suas integrações com o ambiente. Sendo assim, essa ferramenta possibilita coletar informações de como uma pessoa experiencia a sua individualidade em relação ao ambiente do lar e em relação a outras pessoas estimulando a projeção de elementos da personalidade de áreas de conflitos. Após o término do teste, foi apresentado à avaliada a família terapêutica para brincar de forma livre que segundo Klein (1981), a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de forma simbólica, através dos jogos e brinquedos.

No quarto encontro, realizou-se a aplicação do teste das fábulas. Segundo Tardivo (1998), através dessa técnica é possível explorar histórias incompletas como estímulo para investigar conflitos inconscientes, assim, ao completar as histórias, a criança projeta suas atitudes, motivações, conflitos, esquemas de reações pessoais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A relação mãe e filho começa antes do período pré-natal, envolvendo conteúdos inconscientes, representados pelas fantasias e desejos. (RAPHAEL – LEFF, 1997 *apud* PICCININI et al., 2009). Refletindo em toda vida anterior à concepção, referente as experiências vividas da futura mãe, são elas que levaram forças para adaptarem com maior ou menor sucesso a essa situação, influenciando em sua adaptação ao novo papel que assume, a gestação se torna um período em que os relacionamentos são mentalmente retrabalhados (BRAZELTON & CRAMER, 2002). Associando esse conteúdo com a relação de Maria e sua mãe, é importante integrar o relato da entrevista, em que a mãe da avaliada, relatou sobre sua própria infância: “Tive uma infância complicada e uma relação difícil com os meus pais. Trabalhei muito quando era criança e fui muito maltrata” sic. Klein et al., (1969) postula que as emoções da mãe estão presente em todas suas experiências do passado, e essas, podem exercer influências na atual relação entre mãe e bebê.

Maria quando recém-nascida ficou internada sozinha durante quatro meses em um hospital. Diante desse fato, a mãe relata: “Eu não tinha condições de ficar naquela cidade que Maria ficou internada, na época era menor de idade. Tive que deixar ela sozinha durante aquele tempo, só

retornei ao hospital para busca-la com o Conselho Tutelar da minha cidade” sic. Para Bowlby (2002) é importante para a saúde mental e o desenvolvimento da personalidade do bebê uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe, quando a criança não vivência esse tipo de relação, o autor denomina como privação de mãe. Nesse sentido, Winnicott (2000) salienta que o bebê que recebe apoio egóico inadequado tende de apresentar comportamentos, como: agitação, estranhamento, apatia, inibição e complacência.

Quando Maria foi para a casa dos pais, não conseguiu ser amamentada através leite do peito de sua mãe. Sua mãe relata: “Ela não conseguiu pegar meu peito” sic. Klein et al., (1969) descreve, que se uma criança durante o período de amamentação for marcada pela ansiedade ou muita frustração, provavelmente chupará demais o polegar, esse comportamento será acompanhado de culpa e ansiedade. Durante as observações no ambiente escolar e nas sessões, Maria apresentou o comportamento incontrolável em sugar o polegar. Nos testes projetivos também foi constatado a ansiedade presente na personalidade da avaliada.

Sua mãe expõe que, quando Maria foi para sua casa chorava muito, e ela não tinha controle diante o comportamento: “Ela chora muito, mesmo não apresentando nenhum problema de saúde, foi um período difícil que persistiu desde dos dois anos e meio de idade de Maria” sic. Segundo Papalia & Feldman (2013), o apego é um vínculo recíproco e duradouro entre o bebê e o cuidador, cada um contribuindo para a qualidade do relacionamento. É necessário o desenvolvimento de um apego seguro entre responsável e bebê, pois o vínculo afeta a competência emocional, social e cognitiva. Sendo assim, quanto mais seguro com um adulto atencioso, “[...] terá confiança suficiente para se envolver ativamente em seu mundo [...]” (JACOBSEN & HOFMANN, 1997 *apud* PAPALIA & FELDMAN, 2013). Enquanto o estabelecimento do apego inseguro, costumam apresentar: inibições, emoções negativas, hostilidade, agressividade e dependência durante a fase escolar (CALKINS & FOX, 1992; KOCHANSKA, 2001; LYONS-RUTH, ALPERN & REPACHOLI, 1993; SROUFE, CARLSON & SHULMAN, 1993 *apud* PAPALIA & FELDMAN, 2013).

Embora a dificuldade de aprendizagem fosse um dos motivos pelo encaminhamento de Maria, durante a entrevista com a professora, a mesma relatou que apenas três alunos de sua turma da avaliada sabiam ler e compreende a situação de Maria: “Sei como é difícil aprender sem estímulos, nos anos anteriores, ela não ficava na sala de aula, ficava sempre andando pelos corredores. Os professores anteriores não importavam com a aprendizagem dela” sic. Complementa: “Por ter uma família ‘complicada’ e ser uma menina de comportamento difícil [...], mas diante as dificuldades da minha profissão, tento ao máximo suprir as dificuldades de aprendizagem na turma de Maria. Muita coisa mudou, mas estamos ainda no começo” sic.

Durante o processo de avaliação, a atitude defensiva de Maria foi abordada no resultado do teste. Klein (1981) descreve como um processo normal no período de latência (6 aos 10 anos) que

torna o processo de avaliação difícil, pois a criança nesse período, tem uma vida imaginativa muito restrita, em razão das fortes tendências ao recalque, o seu ego é pouco desenvolvido comparado ao do adulto.

Através da avaliação, entende-se que as dificuldades da paciente se refere principalmente na relação familiar. Frente aos resultados, nota-se conflitos familiares apresentados ao longo dos atendimentos. Por meio da técnica da escuta ativa foi possível captar informações sobre o relacionamento familiar. Foi perguntado a avaliada como era a relação com mãe, respondeu: “Não gosto dela e nem do meu irmão, porque eles me batem, tenho medo deles” sic. A projeção do desenho da família mostrou a distância emocional da família, o sentimento de rejeição que a avaliada sente e o conflito e a identificação com a mãe.

No teste das fábulas, Maria apresentou problemas afetivos com relação ao seu ambiente familiar, como: sentimentos de ansiedade e medo de abandono. Expôs medo de ser destruída por objeto (mãe) e medo de alta destruição. Embora, sua mãe relatasse na entrevista que fica preocupada com seu relacionamento com sua filha, destaca: “Parece que ela não consegue entender meus comportamentos” (sic). Ao longo da avaliação, Maria destacou que sua mãe vai sempre embora de casa por conta de um relacionamento, deixando ela e o irmão sozinhos em casa com seu pai que trabalha, sem comida. E que depois volta, mas sempre arruma outro relacionamento e vai embora novamente. Relatando no dia da avaliação: “Minha mãe foi embora de novo de casa, gosto dela perto da gente. Tomara que ela volte logo” sic. O medo de abandono pode estar relacionado com a enurese noturna da paciente. Segundo Soares et al., (2005), esse episódio se constrói a partir do abandono, quando os filhos não recebem afeto dos pais biológicos, assim a criança seria insegura devido ao abandono experimentada em casa.

No teste projetivo H-T-P, permitiu encontrar traços de personalidade da avaliada, associado aos dados coletados através das observações e entrevistas, foi possível relacionar ao seu ambiente familiar as fortes pressões ambientais e sentimento de ansiedade nos relacionamentos. Assim, como nas brincadeiras com a família terapêutica em que projetou a violência física constante em sua casa contra ela.

Os testes indicaram o prazer e desejos guiados pelas fantasias e sua afetividade, o que sugere que a paciente adquiriu uma forma de controlar as adversidades através de mecanismo que possibilitem essa construção.

CONCLUSÃO

Considerando os resultados encontrados, percebe-se que Maria sofre de violência intrafamiliar, refletindo no desenvolvimento emocional, gerando ansiedade e comportamento impulsivo prejudicando seu desenvolvimento cognitivo juntamente com poucos estímulos da educação formal, dificultando na aprendizagem.

Sua relação com a mãe foi conflituosa, desde a gestação. A negligência e a violência são pontos a serem discutidos, à medida que é observado a omissão de responsabilidade, principalmente referente ao abandono repentino da mãe ao lar e violência física que é relatada pela avaliada como algo recorrente contra ela.

Maria projeta seu conflito emocional com a família de várias formas no comportamento, como: ansiedade, fixação, impulsividade e enurese noturna. Em decorrência ao medo de abandono e a violência sofrida.

Diante os resultados do processo de psicodiagnóstico de Maria, torna-se necessário o encaminhamento da paciente à psicoterapia para superar os conflitos vivenciados, juntamente com o acompanhamento de um programa psicossocial com intuito de avaliar a situação familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, S. A; santos, D. N; bastos, A. C; Pedromônico, M. R. M; Filho, N. A; Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde pública**, (4), 39, p. 606-611, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400014>. Online. Acesso em 07 jul. 2017.

Arzeno, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Borsa, J. C; Feil, C. F., Paniágua, R. M. A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. (2017, July). Acesso em 07 jul. 2017, em: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0384.pdf.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura – aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, B. T. & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 2ªed.

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. 5a. Ed. Ver. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, M. (1981). *Psicanálise da Criança*. São Paulo: Mestre Jou.

Klein, M., Isaacs, S., Sharpe, E. F., Searl, N., Middlemore, M. P. (1969). *A educação de crianças*. Rio de Janeiro: Imago editoria LTDA.

Marcelo, M. M, K. & Carrasco, L. K. (2005). *Contextos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M. V., Mello, L. M., Oliveira, V. F. Psicodiagnóstico: ferramenta psicológica. In: Interfaces no fazer psicológico. (2012). *Direitos humanos, diversidade e diferença*. Santa Maria: UNIFRA.

Ortega, A. C. O desenho da família como técnica objetiva de investigação psicológica (1981). *Arq. bras. Psic.* Rio de Janeiro, (3), 33, p. 73-81, jul/set.

Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: AMGH.

Piccinini, C. A.; Levandowski, D. C.; Gomes, A. G.; Lindenmeuyer, D.; Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de psicologia*. Campinas, (3), 26, 373-382, jul/set.

Rosa, S. & Batista, A. P. L. Qual a importância de um teste projetivo como o H.T.P – para auxiliar na avaliação psicológica em crianças com dificuldade de aprendizagem. (2017, July). Acesso em 07 de Julho de 2017, em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Artigo-Simone-da-Rosa.pdf>.

Sei, M. B., Souza, C. G. P., Arruda, L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: Orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo-Revista do Nesme*. São Paulo, (5), 2, 101-219.

Souza, J. O., Herek, L., Giroldo, W. M. F. (2014). Psicodiagnóstico e diagnóstico em psicologia clínica. *Psicologia Argumento*. Curitiba, (32), 21, p. 17-21

Tardivo, L. S. P. C. O teste das fábulas de Düss – Estudo teórico. In: *O teste de apercepção infantil e o teste das fábulas de Düss*. (1998). São Paulo: Copyright.

Tavares, M. (2000). In: Cunha, J. A. e cols. *Psicodiagnóstico V*. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Trinca, W. (1984). *Diagnóstico Psicológico: a prática clínica*. São Paulo: Epu.

Tsu, T. M. J. A. (1984). *A relação psicólogo-cliente no psicodiagnóstico infantil*. In: Trinca, W. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU.

Winnicott, D. W. (1971). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.