

VIII Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos



“Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia contemporânea”

Organizadores:

Erika T. K. Okino, Paulo F. de Castro, Flávia de L. Osório, Sonia R. Pasian, Silvana A. Scortegagna, Lucila M. Cardoso, Fabiana R. Freitas e Anna E. de Villemor Amaral

31 de agosto a 03 de setembro de 2016

Florianópolis - SC

Realização / Apoio / Patrocínio:



ISBN 978-85-62020-04-9

Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos
(ASBRo)

**Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia
contemporânea**

2016

Organizadores

Erika Tiemi Kato Okino

Paulo Francisco de Castro

Flávia de Lima Osório

Sonia Regina Pasian

Silvana Alba Scortegagna

Lucila Moraes Cardoso

Fabiana Rego Freitas

Anna Elisa Villemor-Amaral

Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia Contemporânea

ASBRo

2016

O conteúdo dos textos e posicionamentos teóricos e ideológicos contidos neste livro são de responsabilidade dos respectivos autores.

Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (8. : 2016 : Florianópolis, SC).

Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia contemporânea, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 31 de agosto a 03 de setembro de 2016 / organizado por Erika Tiemi Kato Okino ... [et al.]. – Ribeirão Preto, São Paulo : ASBRo, 2016.

CD-ROM (654 p.).

ISBN: 978-85-62020-04-9

1. Psicologia. 2. Avaliação psicológica. I. Okino, Erika Tiemi Kato. II. Hotel Intercity Premium. III. Título. IV. Título: Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia contemporânea.

CDU 159.9

Apresentação

Os dias atuais exigem contínua adaptação a contextos nem sempre compreensíveis ou esperados, exigindo flexibilidade, reflexão e criatividade. Apesar dos imensos avanços tecnológicos, as necessidades humanas continuam básicas, muitas delas insatisfeitas, e clamam por cuidados, dentre os quais os de natureza psicológica. É nessa realidade, desafiadora e tecnológica, que se realiza o **VIII Congresso** da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (ASBRo), mantendo o compromisso técnico-científico de atualização e de aprimoramento dos profissionais de Psicologia vinculados a avaliação psicológica, em especial os métodos projetivos. Decorre daí o título desta obra: **Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia contemporânea**.

Acompanhar os avanços científicos realizados por nossa área de trabalho é um compromisso permanente, além de ético e técnico, objetivo estimulado periodicamente pelas publicações vinculadas aos congressos da ASBRo, como nesse momento. Foi possível captar e apresentar, nessa obra, trabalhos realizados com diferentes instrumentos de avaliação psicológica, dando visibilidade a investigações científicas e a práticas profissionais contemporâneas, cobrindo diferentes contextos de aplicação do conhecimento. Desse modo, somos convidados a refletir sobre os alcances e os limites dos instrumentos de avaliação psicológica na diversidade continental brasileira, retratando diferentes realidades e níveis de atuação profissional nesse amplo campo.

Desse compromisso público, historicamente cumprido pela ASBRo, tem-se no momento um livro composto por 48 capítulos. Abordam diversas aplicações dos métodos projetivos de avaliação psicológica e de instrumentos avaliativos em geral, ilustrando as possibilidades atuais de uso e de aprimoramento técnico das práticas relacionadas à área. Com objetivo didático, os capítulos foram organizados a partir do instrumento em foco nos trabalhos, organizando-se sete seções, a saber:

- Considerações a partir da prática
- Técnicas aperceptivo-temáticas
- Técnicas com estímulos cromáticos
- Técnicas com manchas de tintas
- Técnicas gráficas
- Técnicas verbais e/ou com fotos
- Reflexões teórico-técnicas

Em cada parte desse livro buscou-se dar voz ao ponto de vista dos autores a respeito do uso e dos avanços obtidos com os vários instrumentos de avaliação psicológica. Trata-se, portanto, de uma compilação de trabalhos cuja responsabilidade técnica e científica ficou a cargo de seus respectivos proponentes. Cada trabalho foi cuidadosamente examinado por assessores científicos, de modo a aprimorar as possibilidades de contribuição do conteúdo abordado, tanto em forma quanto em conteúdo. Cada seção do livro e também a ordem de apresentação dos capítulos em cada parte do livro respeita organização alfabética, em função do título da seção e do trabalho proposto, evitando-se priorizar a importância dos conteúdos compilados. Desse modo, é fruto de esforço coletivo e compartilhado para tornar público um material atual e ilustrativo de demandas e de respostas que os profissionais e os pesquisadores da área têm oferecido nesse campo dos métodos projetivos e da avaliação psicológica como um todo.

De forma sintética, a primeira parte do livro contempla práticas contemporâneas da avaliação com métodos projetivos em variados contextos, envolvendo violência doméstica, trânsito, cirurgia bariátrica, oncologia, alienação parental, psicopatologia, povos indígenas e serviços de saúde mental. Com propriedade e domínio técnico, os autores nos convidam a acompanhar suas experiências profissionais e a refletir sobre as mesmas, estimulando nosso aprimoramento técnico-científico.

A seguir, da segunda até a sexta seção do livro, são tratados diferentes tipos de métodos projetivos de avaliação psicológica, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático e da investigação científica. Desse modo, na segunda parte são abordados métodos aperceptivo-temáticos, envolvendo em especial pesquisas com CAT, SAT, Desenho-Estória e Desenho Família com Estórias. Vê-se possibilidade de uso desses recursos projetivos no campo dos cuidados em saúde mental com crianças, adolescentes, adultos, idosos e suas relações familiares.

A terceira parte do livro é dedicada aos métodos projetivos provenientes de estímulos cromáticos, com foco no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. São apresentados estudos realizados com dependentes de álcool, crianças com obesidade, adultos com depressão e em contextos de seleção de pessoal e de habilitação para a condução (trânsito).

Os clássicos métodos projetivos elaborados a partir de manchas de tintas compõem a quarta seção do livro. Nela são abordadas pesquisas desenvolvidas com o

Teste de Zulliger e o Teste de Rorschach, em diferentes contextos clínicos e de sua aplicação prática.

Note-se que a quinta parte do livro comporta capítulos dedicados às técnicas gráficas. Aqui são tratados temas como: grafismo de povos indígenas, Teste do Desenho da Família, Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, Teste Palográfico, Teste Miocinético (PMK), HTP, com diferentes faixas etárias e contextos práticos.

Ao se tomar a sexta seção do livro tem-se os métodos projetivos verbais, como o Questionário Desiderativo, e aqueles baseados em estímulos compostos a partir de fotos, como o Teste de Fotos de Profissões BBT-Br. Novamente, os estudos envolvem diferentes indivíduos e possibilidades de aplicação desses recursos instrumentais, convidando o leitor a se aproximar de realidades profissionais variadas.

Por fim, o fechamento do livro é proposto com a seção sétima, dedicada a reflexões teóricas e técnicas sobre métodos projetivos de avaliação psicológica. Buscou-se, assim, retratar procedimentos atuais utilizados para aprimoramento científico de instrumentos de avaliação psicológica, como o Therapeutic Assessment, bem como elementos teóricos a partir de estudos desenvolvidos por cuidadosos pesquisadores que ilustraram suas formas de pensar sobre esses temas.

Em síntese, pode-se dizer que o conjunto da obra faz jus ao seu título, cobrindo os métodos projetivos e as demandas da Psicologia contemporânea. Enquanto organizadores desse livro sentimo-nos no dever de convidá-los a avançar na leitura do material, na forte esperança de que desse processo sejamos todos fortalecidos enquanto pesquisadores e profissionais, responsáveis pelas práticas de avaliação psicológica no Brasil.

Faz-se necessário, ainda, agradecer ao conjunto de pesquisadores que ofereceram suas horas de dedicação a esse projeto. E certamente a todas as agências de fomento que permitem a realização do VIII Congresso ASBRo: CAPES, CNPq e FAPESP, além do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Conselho Federal de Psicologia. A todos: nosso muito obrigado!

Com os votos de profícuas leituras e reflexão,

Os organizadores.

Ribeirão Preto, 31 de agosto de 2016.

SUMÁRIO

SEÇÃO 1: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PRÁTICA.....	12
<i>Capítulo 1: A violência doméstica em crianças e adolescentes: Expressão e compreensão das consequências com o uso de métodos projetivos.....</i>	<i>13</i>
Leila de la Plata Cury Tardivo	
<i>Capítulo 2: Avaliação psicológica do trânsito: Processo de trabalho dos psicólogos peritos examinadores de trânsito</i>	<i>26</i>
Sandra Mara Fim Chies Edemilson Meazza	
<i>Capítulo 3: Avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica.....</i>	<i>37</i>
Graziela A. Nogueira de Almeida Ribeiro	
<i>Capítulo 4: Contribuições do SARP (Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental) para avaliação da Alienação Parental</i>	<i>50</i>
Tiziane Dobrovolski Patrícia Basso Vivian de Medeiros Lago	
<i>Capítulo 5: Interferências da hipervigilância e de sintomas depressivos no desempenho interpessoal e acadêmico: Estudo de caso.....</i>	<i>63</i>
Pedro Henrique Neves Ida Celine Gonçalves Santos Domenica de Melo Silva Sandra de Fátima Barboza Ferreira Ana Cristina Resende	
<i>Capítulo 6: O uso do SARP em crianças pré-escolares: Adaptação do protocolo Meu Amigo de Papel.....</i>	<i>76</i>
Beatriz Cattani Denise Bandeira	
<i>Capítulo 7: Percepção de suporte familiar durante tratamento oncológico infanto-juvenil.....</i>	<i>92</i>
Ana Luísa Carvalho Guimarães Nichollas Martins Areco Sonia Regina Pasian	
<i>Capítulo 8: Período de exposição à depressão materna e indicadores de vulnerabilidade social em escolares.....</i>	<i>107</i>
Ronoaldo Douglas Carvalho Machado Fernanda Aguiar Pizeta Sonia Regina Pasian	
<i>Capítulo 9: Relato de experiência em Avaliação Psicológica no CAPS de Irauçuba - CE</i>	<i>120</i>
Leilane Henriette Barreto Chiappetta Santana	

SEÇÃO 2: TÉCNICAS APERCEPTIVO-TEMÁTICAS.....	131
Capítulo 10: Agressividade em meninos: Perspectivas do teste CAT-A.....	132
Fernanda Ribeiro de Araújo	
Carla Cristina Borges Santos	
Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro	
Lara D'Ávila Lourenço	
Maria Lúcia Tiellet Nunes	
Capítulo 11: O Desenho da Família com Estórias para compreensão de crianças com sintomatologia depressiva.....	145
Hilda Rosa Capelão Avoglia	
Felipe Marangoni Pontes	
Capítulo 12: O Desenho-Estória com tema para a investigação do significado da atividade física para adolescentes	161
Thiago Henrique de Barros Cobra	
Paulo Francisco de Castro	
Capítulo 13: O emprego do Desenho-Estória com Tema como estratégia para avaliação em indivíduos com deficiência visual.....	174
Bruna dos Santos Moreira	
Paulo Francisco de Castro	
Capítulo 14: Pesquisas com métodos projetivos com crianças e idosos no contexto brasileiro hoje: Contribuições do SAT, CAT e Teste do Desenho da Pessoa na Chuva	189
Leila de la Plata Cury Tardivo	
Capítulo 15: Procedimento Desenho da Família com Estórias e Psicodiagnóstico Interventivo: Fortalecendo relações familiares.....	202
Martha Franco Diniz Hueb	
Capítulo 16: Usuários de saúde mental segundo agentes comunitárias: Um estudo com o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema	214
Amanda Dias Cunha Gil	
Rodrigo Sanches Peres	
Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva	
Capítulo 17: Validade do procedimento de Desenhos-Estórias no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior	230
Fábio Donini Conti	
SEÇÃO 3: TÉCNICAS COM ESTÍMULOS CROMÁTICOS	245
Capítulo 18: Avaliação da personalidade em indivíduos dependentes de álcool a partir do teste de Pirâmides Coloridas	246
Anna Silvia Féres Leite	
Paulo Francisco de Castro	
Capítulo 19: Evidências de validade do Teste Pfister para seleção de pessoal	260
Aristella Roberta Lemos da Silva	

Maria Patricia Cavalcante
Ana Lyra de Lima
Auriane Bezerra de Vasconcelos Souza

Capítulo 20: O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister: Estudo normativo com motoristas profissionais e candidatos à habilitação 268

Raquel Pinheiro Batista
Ana Carolina Tomaz de Araújo
Flávia Araújo de Sousa Spirandelli
Luciana Araújo de Sousa Waismann

Capítulo 21: Tonalidades afetivas na obesidade infantil 277

Rodolfo Mihara
Carmem Gil Coury
Sonia Regina Pasian

Capítulo 22: Utilização do Teste das Pirâmides Coloridas na avaliação da personalidade em indivíduos com depressão 292

Adriana Daros Fonseca Lucaichus
Paulo Francisco de Castro

SEÇÃO 4: TÉCNICAS COM MANCHAS DE TINTA 307

Capítulo 23: Autoimagem de idosos com Parkinson por meio do Teste de Zulliger 308

Margarete Rien
Jucelaine Bier Di Domenico Grazziotin
Silvana Alba Scortegagna

Capítulo 24: Avaliação Psicológica de criança com câncer por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach: Um estudo de caso 320

Nichollas Martins Areco
Ana Luísa Carvalho Guimarães
Sonia Regina Pasian

Capítulo 25: Contribuição da avaliação psicológica em processos de adoção de crianças: Estudos de casos múltiplos 337

Nicole Medeiros Guimarães Eboli
Erika Tiemi Kato Okino
Fernanda Aguiar Pizeta
Sonia Regina Pasian

Capítulo 26: Cuidar do corpo ou do todo? Indicadores de saúde mental em crianças com obesidade 353

Carmem Gil Coury
Rodolfo Mihara
Sonia Regina Pasian

Capítulo 27: Para além da codificação: Estratégias para análise qualitativa complementar das respostas do Rorschach 368

Paulo Francisco de Castro

Capítulo 28: Rorschach Tátil: A avaliação da personalidade por meio das impressões táteis	379
Rejane Lucia Veiga Oliveira Johann Julian Tejada	
SEÇÃO 5: TÉCNICAS GRÁFICAS.....	391
Capítulo 29: A cultura, os valores e o desenvolvimento do grafismo de populações infantis indígenas revelados nos desenhos	392
Sonia Grubits Jéssica Wunderlich Longo	
Capítulo 30: Avaliação da Coparentalidade por meio da técnica projetiva do Desenho da Família.....	402
Keila Tamarindo Santos Roque Fábio Donini Conti	
Capítulo 31: Desenho da Pessoa na Chuva em adolescentes gestantes: Estudo compreensivo	414
Lorraine Seixas Ferreira Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	
Capítulo 32: O uso do desenho na pesquisa científica: Produções gráficas sobre saúde e doença	430
Camila Bellini Colussi Macedo Angela Elizabeth Lapa Coêlho Sonia Grubits	
Capítulo 33: O Teste Palográfico na avaliação da empatia em um grupo de trabalho	445
Marisa Canello Kuhn Silvana Alba Scortegagna	
Capítulo 34: Processo de aprendizagem do Psicodiagnóstico Miocinético segundo a percepção dos estudantes.....	459
Paulo Francisco de Castro	
Capítulo 35: Ser criança com câncer e mãe cuidadora no mundo hospitalar: Discurso, desenho e relato em uma leitura fenomenológica	471
Raissa Milan Simões Sonia Grubits	
Capítulo 36: Utilização do HTP na investigação da personalidade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica	488
Michele de Oliveira Paula Paulo Francisco de Castro	
SEÇÃO 6: TÉCNICAS VERBAIS E/OU COM FOTOS.....	501

Capítulo 37: Interesses ao iniciar o ensino médio: Pistas do Teste Fotos de Profissões (BBT-Br) e do Questionário de Busca Autodirigida (SDS) em Manaus	502
Gisele Cristina Resende Sonia Regina Pasian	
Capítulo 38: O Questionário Desiderativo e os recursos defensivos de profissionais da saúde	519
Danuta Medeiros Antonio Augusto Pinto Junior	
Capítulo 39: O Questionário Desiderativo: Contribuições para uma atualização da interpretação	528
Susana Sneiderman Marlene Banhos	
Capítulo 40: Questionário Desiderativo na avaliação psicológica de agressores sexuais de crianças e adolescentes	542
Antonio Augusto Pinto Junior Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	
SEÇÃO 7: REFLEXÕES TEÓRICO-TÉCNICAS	555
Capítulo 41: A adaptação do Questionário AIDA	556
Marcela Helena de Freitas Clementino Catarina Nivea Bezerra Menezes Cristiane Maria Gondim Vasconcelos Tatiana Tostes Vieira da Costa	
Capítulo 42: Integração à vida psíquica organizacional para o aprendizado: percepções em um órgão público na cidade de São Paulo	571
Luiza Correia Hruschka Fernando Rejani Miyazaki	
Capítulo 43: Introdução ao Algoritmo David Liberman (ADL) de David Maldavsky	586
Susana Sneiderman Marlene Banhos	
Capítulo 44: Introjeção das figuras parentais nos transtornos alimentares: Relação entre sintomas e funcionamento da personalidade	601
Élide Dezoti Valdanha-Ornelas Valéria Barbieri Sabrine Chetoui Claire Squires Erika Arantes de Oliveira-Cardoso Manoel Antônio dos Santos	
Capítulo 45: O Filho Preterido: Um olhar psicanalítico sobre como filhos se sentem perante as escolhas parentais	607

Jéssica Favero,
Fernanda Calmon

Capítulo 46: Os métodos projetivos como via do discurso 622

Lorena Mayra Guimarães Souza

Capítulo 47: Técnicas projetivas com idosos: Revisão de literatura de artigos publicados no Brasil..... 632

Camila Reichert
Silvana Alba Scortegagna

Capítulo 48: Foundations of Therapeutic Assessment and the Important Role of Projective Techniques..... 643

Hale Martin

**SEÇÃO 1: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA
PRÁTICA**

A violência doméstica em crianças e adolescentes: Expressão e compreensão das consequências com o uso de métodos projetivos

Leila de la Plata Cury Tardivo

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Resumo: A violência doméstica contra a criança e o adolescente pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento, podendo trazer sérias consequências para a vítima, de acordo com estudos da literatura. Muitos estudos vêm destacando os inúmeros prejuízos ao desenvolvimento sócio-psicológico das crianças vitimizadas no ambiente doméstico. Técnicas projetivas são apontadas em diversos estudos como essenciais para a compreensão das vivências emocionais que decorrem da experiência da violência doméstica. Nesse sentido, serão apresentados dados de investigações com técnicas projetivas temáticas e gráficas desenvolvidas nesse contexto. Foram realizados estudos com o Teste Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A), com crianças de até 10 anos; e com Figuras Humanas (CAT-H), com crianças de até 12 anos, divididas em dois grupos: vítimas de violência doméstica e controle. Os resultados revelaram que as crianças vitimizadas não introduzem personagens que permitem sentirem-se aceitas e compreendidas, com prejuízos na confiança e na esperança. Também percebem o ambiente e as figuras de forma negativa, ou seja, com sérios problemas na qualidade das relações objetais, com maior insegurança e principalmente sentimentos de inadequação, além de ansiedades muito intensas e integração do Ego frágil. O CAT H se mostrou muito sensível para crianças mais velhas. Com as técnicas gráficas, Desenho da Figura Humana e Desenho da Pessoa na Chuva, foram realizadas amplas investigações com crianças de diferentes regiões do país. Foram evidenciados indicadores de dificuldades emocionais, sinais de impulsividade, insegurança, imaturidade ou ainda de ansiedade; além de dificuldades de estruturação de personalidade. A partir dos resultados dessas pesquisas se pode trazer uma contribuição à área do Psicodiagnóstico, em especial de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Também se conclui que com as técnicas projetivas é possível oferecer uma escuta apurada para compreender a psicodinâmica dos envolvidos e também para acolher o sofrimento emocional das vítimas.

Introdução

A violência doméstica contra crianças e adolescentes vem sendo, principalmente nos últimos trinta anos, motivo de polêmica, discussão e reflexão. Sua abordagem apresenta inúmeras dificuldades em função de ser um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar, e estar envolvida por dispositivos de velamentos ideológicos, que a revelam e ocultam ao mesmo tempo.

A violência doméstica contra a criança e o adolescente decorre da interação de vários fatores: socioeconômicos, culturais e psicológicos das pessoas envolvidas. Para uma maior compreensão do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Azevedo e Guerra (1998) trazem os seguintes pressupostos: trata-se de fenômeno endêmico; nenhuma etnia, classe social ou religião está imune; não é característico da pobreza; é estatisticamente significativo e não marginal; pode envolver de forma cíclica várias gerações em sua reprodução, tendo como característica a reiteração. De maneira geral, a violência doméstica é uma forma de violência subjetiva e interpessoal, na qual o adulto transgride o seu poder disciplinador, negando e

negligenciando as necessidades e direitos da criança e tolhendo-a de sua liberdade, colocando-a, assim, numa posição de mero objeto dos desejos do adulto.

Dentre as modalidades da Violência Doméstica, a literatura indica a existência de cinco tipos, a saber: Violência Física, Violência Sexual, Violência Psicológica, Negligência e Violência Fatal (Azevedo & Guerra, 1998). A violência doméstica contra a criança e o adolescente pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento, favorecendo sérias consequências para a vítima, implicando na perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade.

As técnicas projetivas se configuram em via de expressão para crianças e adolescentes, uma vez que favorecem a comunicação de conteúdos sobre os quais a própria criança não tem controle consciente. Dessa forma, tais técnicas podem favorecer a comunicação das experiências ligadas à violência doméstica. Profissionais como Pinto Junior (2006), Tardivo e Pinto Junior (2010) abordam a importância de instrumentos projetivos para o conhecimento da dinâmica psicológica da criança vitimizada, já que favorecem manifestação mais direta de aspectos que a criança não tem conhecimento, não quer ou não pode revelar.

Azevedo, Guerra e Pinto Junior (2003) afirmam que no processo de investigação, o papel do profissional, e mais especificamente do psicólogo, é importante para avaliar a gravidade do acontecimento, o impacto sobre a vítima e os demais membros da família, buscando investigar, principalmente, o risco e o funcionamento psíquico da vítima. Especificamente na tarefa de identificar e revelar os casos de violência doméstica, o Psicodiagnóstico com todos os seus recursos se mostra essencial para o futuro encaminhamento dos casos.

É relevante que a avaliação psicológica, em especial o Psicodiagnóstico, no que se refere à violência doméstica, deve ir além da identificação do fenômeno. Torna-se indispensável a compreensão das vivências emocionais que decorrem da experiência da violência doméstica. Crianças e adolescentes submetidos à experiência de violência doméstica apresentam sérias dificuldades em seu desenvolvimento afetivo-emocional, o que pode trazer sérias consequências no presente e futuro dessas crianças.

SINTESE DA INVESTIGAÇÃO COM O CAT-A¹

O CAT – A é uma Técnica Projetiva verbal; classificada como técnica de Apercepção Temática, cujo protótipo é o TAT. (Murray, 1973). O CAT-A (Children's Apperception Test- Teste de Apercepção Infantil, com figuras de Animais), é o mais importante derivado do TAT.

O CAT-A compartilha com os demais instrumentos projetivos as dificuldades para uma validação adequada e apresenta incrementado o problema da confiabilidade por se tratar de um teste infantil, no qual tem muita influência o desenvolvimento (Tardivo & Silva, 2008; Miguel, Tardivo, Silva & Tosi, 2010). Há diversos estudos na literatura, que atestam a relevância do CAT-A, na área da avaliação da personalidade de crianças (Hirsch, 1984; Cunha, Nunes & Werlang, 1991; Kroon, Goudena & Rispen, 1998; Grassano, 1996; Quartier, 2003; Benczik, 2005; Silva, 2005; Fonseca, 2005; Fonseca, Pinto Jr, Zanetin, Vieira, Mendes, Cortez et al, 2007).

O objetivo da pesquisa aqui resumida foi realizar um estudo de validade de critério ou concorrente para o CAT-A em dois grupos de crianças: um grupo que sofreu violência doméstica comprovadamente (grupo clínico) e outro em que as crianças não tinham suspeita de terem sofrido violência doméstica (grupo controle). A amostra foi constituída por 100 crianças,² (de 6 a 10 anos de idade) sendo 58 (58%) do sexo feminino e 42 (42%) do masculino.³

Para a análise, pontuou-se as histórias de cada prancha de acordo com critérios da análise de conteúdo propostos por Silva (2005) e apresentados em Tardivo e Silva (2008), definidos e classificados segundo a teoria que fundamenta o teste. Tais aspectos são classificados como positivos, quando são observados que é adequado, saudável, indicando fatores de crescimento. Foram classificados como negativos, se denotavam maior regressão, dificuldades e impossibilidade de lidar com as situações. Os itens avaliados dentro desse referencial de análise foram: Auto-imagem - características do herói; Identificação com heróis e personagens; Concepção do ambiente e figuras - Natureza das ansiedades; Defesas positivas; Integração do Ego, Desfecho da história. Como resultados podem ser apontados: as crianças vitimizadas não conseguem como as crianças do grupo controle introduzir personagens ou situações que lhes permitem sentirem-se aceitas e compreendidas; o ambiente e as figuras são percebidas de forma

¹ Investigação feita em co-autoria com o Prof. Dr. Antonio Augusto Pinto Junior

² Todos os cuidados éticos foram tomados, e Termos de Consentimento foram assinados pelos responsáveis, tanto do grupo controle como experimental

³ Contou-se com a colaboração da psicóloga Fabiana Cortez Vieira na aplicação do CAT-A.

negativa, ou seja, há sérios problemas na qualidade das relações objetais; maior insegurança e principalmente sentimentos de inadequação. As crianças do grupo clínico não sentem suas necessidades e carências atendidas, demonstrando estar desatendidas, e, dessa forma, poderão tomar a violência como modelo ou padrão de relação interpessoal. Nas crianças vitimizadas as ansiedades são muito mais potentes do que nas crianças sem suspeita. Isso se deve muito ao medo da perda do amor (ou a sensação de já tê-lo perdido), desaprovação, abandono, falta de apoio, e a sensação de incompetência para realização, denotando, assim, auto-estima rebaixada. Também apresentam menos defesas positivas, ou seja, sentem-se incapazes de lidar de forma adequada com os estímulos internos e externos. Tais crianças do grupo clínico mostram incapacidade de conciliar os impulsos e exigências da realidade, de um lado, com as ordens do superego, de outro, não sendo capazes de conseguir uma solução adequada dos problemas, sendo a integração do Ego mais frágil. (Miguel et al, 2010, Tardivo, & Pinto Junior (2012).

Como decorrência, essas crianças vítimas têm muito mais dificuldade do que as crianças sem suspeita de serem vítimas de dar um desfecho positivo para a história, dando mais desfechos negativos, não conseguindo saídas adequadas para os problemas. Essas crianças vitimizadas apresentam histórias com fins trágicos, sem apoio e solução, para os problemas ou simplesmente são incapazes de dar qualquer desfecho para as histórias. Na realidade, o que se percebe na psicodinâmica das crianças vitimizadas é a expressão de um sentimento de impotência, decorrente da coação e da manipulação constantes no processo de vitimização pelo agressor. Tais dados evidenciam o grau de sofrimento e as dificuldades que tais crianças e adolescentes vivenciam.

SINTESE DA INVESTIGAÇÃO COM O CAT- H

O CAT-H também é uma técnica de apercepção temática para crianças, sendo que a primeira versão foi criada com figuras de animais. Assim, Bellak e Hurvich (2005) e apontam que o CAT-A deve ser considerado como primeira opção na prática clínica, para crianças mais novas e o CAT-H poderá ser mais útil em crianças mais velhas; e dessa maneira o CAT-H pode ser considerado uma transição entre o CAT-A e o TAT

A pesquisa a que esse texto traz referência também como estudo de validade de critério ou concorrente, foi realizada com 95 crianças, sendo 46 (48,4%) do gênero feminino e 49 (51,6%) do masculino, com idade variando entre 10 e 12 anos. As mesmas foram divididas em dois grupos: clínico (crianças com queixa de vitimização

por violência física e/ou sexual) e controle (crianças que não apresentaram queixa de violência). O primeiro grupo representou 52,6% dos participantes e o segundo 47,4%.

Os procedimentos seguidos foram semelhantes aos adotados na pesquisa com o CAT-A , sendo o esquema de análise, o mesmo adotado naquela investigação. Os mesmos foram propostos por Silva (2005) e apresentados em Tardivo e Silva (2008): Identificação com heróis e personagens; Concepção do ambiente e figuras - Natureza das ansiedades; Defesas positivas ; Integração do Ego, Desfecho da história. Também empregados em outra pesquisa, como com adolescentes com transtorno de conduta (Tardivo & Moraes, 2016).

Os resultados obtidos na investigação com o CAT H em crianças vítimas de violência doméstica permitiram considerar os efeitos que podem ser notados nessas, em comparação com as que não apresentam suspeitas de vitimização. Tais crianças que compuseram o grupo controle apresentam sinais de possuírem uma auto-imagem positiva, e se identificam mais com personagens com atributos positivos, muito mais do que as vitimizadas. As crianças do grupo controle identificaram nas lâminas mais situações positivas e personagens que denotaram aceitação, compreensão, afeto e controles adequados. Assim, as narrativas das crianças do grupo controle denotaram boas expectativas associadas às personagens, objetos e situações. Quanto às defesas, qualidade do superego e integração do ego, são as crianças do grupo controle que apresentam sempre mais resultados positivos em comparação às crianças vítimas de violência.

As crianças vítimas de violência se ressentem da experiência e denotam uma auto-imagem e relações objetais negativas; não sendo capazes de ter uma visão acerca de si com aspectos de crescimento, sentindo as relações que estabelecem carregadas de negligência abandono e hostilidade. Tais efeitos da violência doméstica são identificados por autores, como uma auto imagem depreciativa e relações inadequadas como Echeburúa & Guerricaechevarría (2002) e em pesquisas desenvolvidas em nosso meio com o CAT-A, em investigação acima resumida, e em outros estudos (Tardivo & Pinto Junior, 2012)

O CAT Humano⁴ se mostrou extremamente sensível nesse estudo, discriminando muito bem os dois grupos de crianças, vítimas e sem suspeita. Dessa forma, apesar de

⁴ O Manual do CAT Humano (desenvolvido por Adele Miguel , Silesia Tosi e Maria Cecilia de Moraes Vilhena, e a autora dessa apresentação) com todos os resultados dessa investigação, bem como de outras , está em fase de avaliação junto ao Conselho Federal de Psicologia, na data do presente congresso –

pouco usado em nosso meio, se mostrou uma técnica projetiva interessante, denotando fidedignidade e validade para o emprego no Psicodiagnóstico.

SINTESE DA INVESTIGAÇÃO COM O TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

Os testes gráficos mostram o mais regressivo e patológico, sendo imprescindível sua comparação com o material recolhido com outros testes projetivos e objetivos de personalidade, para completar o quadro. Em instituições, os testes gráficos são escolhidos pela sua simplicidade de administração e economia de tempo. (Arzeno, 1995; Grassano, 1996). Além disso, deve-se considerar o nível sócio econômico cultural o sujeito, sua idade cronológica e seu nível de maturidade evolutiva, sendo frequentes ocorrerem erros de interpretação decorrentes do desconhecimento da produção típica de cada idade e cada grupo social. (Tardivo, 2008).

O Desenho da Figura Humana é classificado como técnica projetiva gráfica, sendo que técnicas projetivas são instrumentos de avaliação psicológica caracterizados por apresentar instruções de aplicação mais amplas e estímulos menos estruturados, que oferecem ao participante maior liberdade de associação, infinitas possibilidades de respostas, através das quais o indivíduo manifesta sua subjetividade e as características não observáveis da sua personalidade (Sendín, 2000).

Hammer (1981) estabelece os pressupostos básicos que fundamentam a visão projetiva da figura humana, sendo determinados por fatores psicodinâmicos nucleares, os quais surgem como resultado do conceito de imagem corporal. Além desses, o desenho de uma figura humana é determinado por uma combinação de fatores culturais, de treino pessoal, biomecânicos, transitórios e caracterológicos. Estes últimos fatores podem ser isolados, identificados e quantificados, como foi feito na presente pesquisa aqui sintetizada. Finalmente o autor estabelece que existem operações intermediárias entre os detalhes de um desenho e as forças que o determinaram; essas operações possuem uma gramática e uma sintaxe similares às que governam os símbolos oníricos, as formações na fantasia e os deslocamentos somáticos e favorecem o conhecimento das habilidades sociais gerais e específicas do indivíduo.

Nas manifestações gráficas são fundamentais os conceitos da representação de si e do corpo, e da imagem corporal, os quais são afetados por diversas experiências, entre

as quais, a violência. Parte-se do pressuposto de que a folha onde são feitas as produções representa o meio, e o que é desenhado representa o próprio indivíduo. Assim, sempre o que é desenhado tem relações com como a pessoa se vê em seu mundo (Hammer, 1981; Grassano, 1996). O conceito de imagem corporal, ao qual acima se fez referência, pode ser estudado e sofre também com as situações vividas pelas pessoas, em especial, as situações estressantes, como as decorrentes de enfermidades, e situações de violência, onde a doméstica se destaca como trazendo efeitos muito devastadores. (Tardivo & Pinto Junior, 2010)

A pesquisa com o DFH teve como objetivo principal apresentar um estudo de validade de critério ou concorrente, buscando verificar se a técnica denota sensibilidade para diferenciar o desempenho de crianças vítimas de violência doméstica, e crianças que não apresentam suspeitas de terem vivido tal situação. Para o estudo, contou-se como uma amostra de 634 participantes com idades entre 6 e 16 anos, na média com 10 anos. Em relação ao gênero, 331 (52,2%) eram meninas e 303 (47,8%) meninos, distribuídos em dois grupos: controle e clínico, representando, respectivamente, 45,3% e 54,7% da amostra. Ou seja, o grupo controle foi composto por 287 participantes sem suspeita de serem vítimas de violência e o clínico por 347 crianças e adolescentes vítimas de abuso físico, sexual, ou ambos.

Para a análise do Desenho da Figura Humana foram usados aspectos apresentados por Hammer (1981), Lourenção Van Kolck (1984), Barilari, Agosta e Colombo (2000). Foram criadas folhas de avaliação, onde os critérios de presença (1) e ausência (0) eram considerados. Os aspectos avaliados compreenderam os chamados recursos formais, para o desenho (incluindo os gerais e estruturais) bem como os aspectos de conteúdo, específicos para o desenho da figura humana.

Comparando os dados do Desenho da Figura Humana no Grupo Controle e Clínico (composto por vítimas de violência doméstica), observou-se 30 categorias com diferenças. Esse número é bem relevante e demonstra a sensibilidade dessa análise dos Desenhos da Figura Humana à situação que é o foco do presente estudo: a experiência de ser vítima de violência doméstica.

As características mais frequentes do grupo de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica foram: nos aspectos formais - localização superior direito, localização central direito, traçado grosso, traçado apagado, traçado transparência. Nos aspectos de conteúdo: cabeça normal, cabeça deteriorada, presença de sobrancelhas,

braços deteriorados, pernas médias, figura humana incompleta, acessórios em desacordo com a idade e presença e figuras palitos.

Esses sinais são indicadores de dificuldades emocionais, pela presença de traçado grosso e apagado (ou seja, pode haver aí sinais de impulsividade, insegurança). Pela presença de transparência, pode-se levantar a hipótese de imaturidade ou ainda de ansiedade. Outros sinais relevantes como cabeça deteriorada e também braços deteriorados podem expressar as dificuldades de estruturação de personalidade. A deterioração tem reações com a incapacidade de desenhar de forma íntegra essas partes relevantes da Figura Humana: tanto podem ser relativos a dificuldades de pensar (problemas no desenho da cabeça) como de lidar com a realidade (problemas no desenho dos braços).

Outros sinais que valem a pena destacar: a presença de roupas mais frequente no grupo controle, a maior presença de figuras palitos e acessórios em desacordo com a idade também podem revelar dificuldades emocionais como imaturidade ou necessidade de não se expor (pelas figuras palito).

O DFH como outras técnicas demonstrou sensibilidade tendo diferenciado crianças e adolescentes que sofreram a experiência da violência das que não tem suspeita de terem vivido. Esses dados, junto de outros, corroboram a validade do instrumento. Vale destacar que o emprego do DFH como aqui foi apresentado, para o estudo de aspectos emocionais, é permitido para fins de pesquisa, sendo necessária a aprovação do Conselho Federal de Psicologia para o uso da prática.

INVESTIGAÇÃO COM O TESTE DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA

O teste do Desenho da Pessoa na Chuva (Querol & Paz, 1997) é uma técnica gráfica, simples, que pode ser administrada individual ou coletiva em crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos. Baseada no Desenho da Figura Humana, tem na chuva e guarda-chuva os elementos adicionais. A chuva simbolizando uma situação de tensão ou de hostilidade do meio, contra a qual o indivíduo precisa se proteger, e o guarda-chuva os recursos defensivos do indivíduo. De acordo com Querol e Paz (1997), a Pessoa na Chuva “agrega uma situação de estresse na qual o indivíduo não consegue manter sua fachada habitual, sentindo-se forçado a recorrer a defesas antes latentes” (p.19). Na interpretação do teste, quanto mais abundante a chuva, maior a intensidade da pressão sentida pelo indivíduo; já a ausência de chuva pode indicar oposicionismo ou ainda a tendência à negação de conflitos.

Barilari et al (2000) são pioneiras no estudo de crianças vítimas de violência doméstica com o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva. Essas autoras apontam os seguintes indicadores como mais frequentes nesse grupo de crianças: uso do duplo; ausência de mãos; ausência de pés; ausência de guarda-chuva; chuva setorizada; nuvens espessas e raios sobre a cabeça; cabeça deteriorada; rigidez corporal; rigidez no traço; pobreza de detalhes e dimensão pequena.

Além do estudo das pesquisadoras argentinas, em pesquisa bibliográfica realizada, foram encontrados somente dois trabalhos no Chile (Giradi & Pool, 2006; Pool, 2006) com o teste da Pessoa na Chuva em crianças vítimas de abuso sexual. Pool (2006) encontrou 07 (sete) indicadores significativamente associados ao grupo de crianças sexualmente abusadas: ausência de solo, cabeça grande, chuva setorizada, ausência de guarda-chuva, ausência de detalhes, braços curtos e sorriso maníaco.

Como já foi resumido até então, os resultados da investigação com essa técnica são coerentes com os obtidos no Desenho da Figura Humana. Nesse caso com os elementos Chuva e Guarda chuva. Participaram 1234 crianças e adolescentes de 6 a 16 anos de idade, divididos em dois grupos – controle e clínico, de diversas regiões brasileiras.

Assim considerando as comparações com os resultados obtidos por Barilari et al (2000) podem apontadas várias concordâncias. Uma delas refere-se ao traçado grosso e repassado, ligado a indícios de ansiedade. O outro, aos aspectos de conteúdo da Figura Humana e da cabeça deteriorada, que se associam a indícios de imaturidade, dificuldades de lidar com a realidade, carência de defesas. Os estudos apontaram muitas características que discriminam os dois grupos, por sexo, e idade no total, e também em cada região brasileira.

A partir dessa investigação foi possível afirmar que se evidenciaram sinais de validade do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva por grupos contrastantes, como uma validade relativa a um critério, concorrente conforme Bunchaft e Cavas (2002).

Também se evidenciaram, nessa investigação, sinais de validade de constructo ou conceito, que é a medida em que um teste mede um conceito teórico ou um traço. Nesse sentido ao se obter as diferenças significantes no desempenho do grupo vítima de violência doméstica do grupo de crianças sem suspeita, nos itens do Desenho da Pessoa na Chuva (Figura Humana, e chuva) pode-se colocar que há evidências desse tipo de validação; considerando os significados simbólicos desses elementos.

Foram encontradas evidências de validades nessas comparações (por grupo, sexo, idade e distintas regiões do Brasil), sendo esse um aspecto que diferencia essa pesquisa de outras. Mesmo se considerando que algumas amostras podem ser ampliadas, esse estudo pôde trazer dados e alertar para uma situação que requer investigação, diagnóstico, prevenção e intervenção em todo o país: a vitimização contra a criança e o adolescente brasileiro, no contexto doméstico.

Considerações finais

Os dados decorrentes dessas investigações reforçam a necessidade de que diagnósticos sejam realizados de forma o mais precoce possível, tanto visando a identificação do fenômeno, bem como dos efeitos decorrentes da experiência da violência doméstica em suas variadas formas e a implementação de intervenções clínicas. Aponta também para a relevância de mais pesquisas com Técnicas Projetivas na área da violência doméstica, pela importância de se compreender a vivência emocional dessas crianças. Torna-se essencial desenvolver medidas de proteção, programas de prevenção e de intervenção que possam de alguma forma proteger as crianças e minimizar além do imenso sofrimento que vivenciam, possíveis efeitos graves que a experiência de sofrer violência acarreta para as vítimas.

Referências

- Arzeno, M.E.G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A.; & Pinto Junior, A.A (2003). *Descobrimo o desenho infantil*. São Paulo: IEditora.
- Azevedo, M.A; & Guerra, V.N.A. (1998). *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu.
- Barilari, Z., Agosta, C.B., & Colombo, R.I. (2000). *Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica "Persona bajo la Lluvia"*. Buenos Aires: Sainte Claire.
- Bellak, L. & Bellak, S. S. (1965). *The Children's Apperception Test*. Larchmont, NY: CPS Publishing.
- Bellak, L. & Hurvich, M. S. (2005). *CAT-H: Children's Apperception Test*. Engelwood, NJ: CPS Publishing.

- Benczik, E. (2005). *Crianças com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Um estudo dos aspectos psicodinâmicos a partir do Teste de Apercepção Infantil - CAT-A*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, IPUSP, Brasil.
- Bunchaft, G., & E Cavas, C.S.T. (2002). *Sob Medida: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações*. São Paulo: Vetor Editora.
- Bunchaft, G. E., & Cavas, C. S. T. (2002). *Sob b Medida: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações*. São Paulo: Vetor.
- Cunha, J. A.; Nunes, M. L. T., & Werlang, B. S. G. .(1991) As respostas ao CAT-A na faixa pré-escolar. *Psico (PUCRS)*, Porto Alegre, 22(2), 89-103.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2002). El Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. In J. Sanmartín (Org.). *Violência contra niños*. (pp. 81-106). Barcelona: Ariel.
- Fonseca, A. R., Pinto Jr., A. A.; Zanetin, Vieira,B.B, Mendes E., Cortez F., Tardivo, L. S. P. C., & Rodrigues, L.F. (2007) La contribucion del test de apercepcion infantil (CAT-A) para el diagnostico de niños victimado. In: Trimboli et al (Orgs.). *El Malestar en lo cotidiano* (pp. 230-231): Conexiones
- Fonseca, A.R., & Capitaio, C. G. (2005) Abuso sexual na infância: um estudo de validade de instrumentos projetivos. *Psic*, 6(1), 27-34.
- Girardi, K., & Pool, A. (2006). Indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la Prueba Persona Bajo la Lluvia. Un estudio descriptivo-comparativo. *Cuadernos de Psicología Jurídica*, 3, 41-57.
- Grassano , E. (1996) - *Indicadores Psicopatológicos na Técnicas Projetivas*, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hammer, E.F. (1981). *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hirsch, S. B. (1984) *El CAT en el Psicodiagnostico de niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kolck, O. L. V. (1984). Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico. In *Temas básicos de psicologia* (Vol. 5). EPU.
- Kroon, N., Goudena, P. P., & Rispens, J. (1998). Thematic Apperception Tests for child and adolescent assessment: A practitioner's consumer guide. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(2), 99-117.

- Miguel, A.; Tardivo, L. C.; Silva, M. C. V. M. & Tosi, S. M. V. (2010) *CAT-A: Teste de apercepção infantil: figuras de animais: adaptado à população brasileira*. São Paulo: Vetor.
- Murray, H. A. (1943). *The T.A.T.: Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pinto Junior, A.A. (2006). O Desenho como instrumento diagnóstico da criança vitimizada. (pp. 734-739). In *Anais, 6, Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos – ASBRo*, Brasília, DF: Vetor editora.
- Pool, A. (2006). Análisis desde el modelo traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la Prueba Persona Bajo la Lluvia. *Psykhé (Santiago)*, 15(1), 45-55.
- Quartier, V. (2003) Problematique de l'agir et CAT. *Psychologie Clinique et Projective*, 9, 131-148.
- Querol, S.M., & Paz, M.I.. (1997) *Adaptación y aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires: JVE/Psiqué.
- Sendín, M.C. (2000). *Diagnóstico Psicológico: bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.
- Silva, M.F.X. (2005). *A Auto-Estima no CAT-A e HTP. Estudo de Evidência de validade*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco-USF, Itatiba – SP.
- Tardivo, L. S. P. C. (1998). *O teste de apercepção infantil e o teste das Fábulas de Düss: Estudos normativos e aplicações no contexto das técnicas projetivas com figuras de animais (CAT-A)* (1a ed.). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica Ltda.
- Tardivo, L.S.P.C.; Pinto Junior, A.A. & Santos, M. R. (2005). Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. *Psic.*, 6(1), 59-66.
- Tardivo, L. S. P. C. & Pinto Junior, A. A. (2008). Violência contra crianças e adolescentes: reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico. In: Rosa, J.T & Motta, I. F.. (Org.). *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes na perspectiva winnicottiana* (pp. 187-208). Aparecida: Idéias & Letras; FAPESP.
- Tardivo, L.S.P.C., & Silva, M.F.X. (2008) - O teste de Apercepção temática com Figuras de animais (CAT-A) in Villemor-Amaral A. e. e Werlang B. G. – *atualizações em Métodos Projetivos para avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Tardivo, L.S.P.C., & Pinto Junior, A.A. (2010). *IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Vetor.
- Tardivo, L. S. L. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2012). El test de apercepción temática infantil con figuras de animales en la evaluación psicológica de niños víctimas de malos tratos en el hogar. *Psicodiagnosticar*, 22, 13-28.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Moraes, M. C. V. (2016) The Personality of Juvenile Offenders: Psychodynamic Aspects in Children in Apperception Test - Human Figures. *International Journal of Psychological and Brain Sciences*, 1, 9-12.

Avaliação psicológica do trânsito: Processo de trabalho dos psicólogos peritos examinadores de trânsito

Sandra Mara Fim Chies

Universidade Norte do Paraná, Universidade Educar Brasil, Universidade Anglo-Americano e Faculdade Meridional IMED

Edemilson Meazza

Faculdade Meridional IMED e InternationnalBiocentric Foundation

Resumo: A avaliação psicológica no contexto do trânsito tem recebido destaque na psicologia nos últimos anos diante das mudanças na legislação e questionamentos acerca das práticas e da sua validade. Presente trabalho tem como base de estudo revisão bibliográfica que dá ênfase à avaliação psicológica por ser um processo que tem como objetivo fornecer informações para a tomada de decisão a respeito de uma pessoa ou de um grupo ou de um programa. A problemática se dará a partir do entendimento de três aspectos, a medida, o instrumento e o processo de avaliação. Cada um deles é baseado em uma fundamentação teórica e metodologia própria que permite a compreensão do fenômeno psicológico ou objeto de investigação da psicologia do trânsito que passou a ser definida como uma área que investiga o comportamento humano no trânsito. Resultando no entendimento que a Psicologia do Trânsito e a Avaliação Psicológica são áreas afins, uma vez que essa última consiste em um processo técnico-científico, ou seja, com aspectos relacionados a métodos, medidas e critérios que norteiam o processo de trabalho dos psicólogos peritos examinadores de trânsito.

Palavras-chave: *Avaliação Psicológica, Psicologia do trânsito, Instrumento, Medidas e Processo de avaliação.*

Introdução

A avaliação psicológica no contexto do trânsito tem recebido destaque na psicologia nos últimos anos diante das mudanças na legislação e questionamentos acerca das práticas e da sua validade. Presente trabalho tem como base de estudo revisão bibliográfica que dá ênfase à avaliação psicológica por ser um processo que tem como objetivo fornecer informações para a tomada de decisão a respeito de uma pessoa ou de um grupo ou de um programa. A problemática se dará a partir do entendimento de três aspectos, a medida, o instrumento e o processo de avaliação. Cada um deles é baseado em uma fundamentação teórica e metodologia própria que permite a compreensão do fenômeno psicológico ou objeto de investigação da psicologia do trânsito que passou a ser definida como uma área que investiga o comportamento humano no trânsito. Resultando no entendimento que a Psicologia do Trânsito e a Avaliação Psicológica são áreas afins, uma vez que essa última consiste em um processo técnico-científico com aspectos relacionados a métodos, medidas e critérios que norteiam o processo de trabalho dos psicólogos peritos examinadores de trânsito. Portanto este texto se subdividirá em três tópicos: *Histórico da Avaliação Psicológica no Trânsito* a Avaliação Psicológica no contexto do Trânsito a qual passou a ser uma exigência do Código de Trânsito Brasileiro e do Conselho Nacional de Trânsito e

regulamentação pelo Conselho Federal de Psicologia. No tópico seguinte abordaremos a *Avaliação Psicológica no contexto Trânsito* um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos dos indivíduos. Último tópico eixo central deste artigo abordaremos *Métodos, Medidas e Critérios que Norteiam o Processo de Trabalho dos Psicólogos Peritos Examinadores de Trânsito* para atuar nessa atividade, o psicólogo perito precisa conhecer o que está avaliando, ou seja, quais são as condições psicológicas necessárias para dirigir e construir uma inteligibilidade na avaliação de tais fenômenos, definindo critérios adequados à aprovação ou não do candidato, com fins de preservar aqueles que circulam pelo sistema trânsito.

Histórico da Avaliação Psicológica no Trânsito

Foi nos últimos anos da década de 1950 e no começo dos anos 1960, que a psicologia do trânsito começou a se desenvolver. A Psicologia de Trânsito teve início em meados do século XX, aproximadamente em 1920, conforme afirmam Hoffmann, Cruz e Alchieri (2003). Enquanto diversos países do mundo, como Inglaterra, Finlândia, Áustria, Holanda, Suécia, França, Canadá e Estados Unidos, começaram a estruturar centros de pesquisa para estudar essa área e o comportamento humano nesse contexto, no Brasil pouco foi desenvolvido (Alchieri & Stroehrer, 2002).

De acordo com Silva e Gunther (2005), nas décadas de 1940 e 1950, as autoridades buscaram desenvolver e implantar medidas preventivas, dentre elas, a obrigatoriedade da seleção médica e psicotécnica, as quais tinham por finalidade restringir o acesso ao volume das pessoas consideradas propensas a se envolver em acidentes de trânsito. Ainda segundo Silva e Gunther, (2005), a concessão do documento de habilitação passou a ser considerada pelas autoridades um privilégio, em que o candidato provaria sua capacidade de conduzir com segurança, por meio de uma bateria de testes e exames. Ainda segundo os autores discutia-se ainda a necessidade de validade temporária e não mais permanente a habilitação, instituindo verificação periódica das condições mínimas de capacidade física e psíquica dos motoristas assim como: a identificação dos critérios e da forma de avaliação dessa capacidade conforme o tipo de habilitação.

A partir daí, a Psicologia de Trânsito passou a ser definida como “uma área da Psicologia que investiga os comportamentos humanos no trânsito, os fatores e processos externos e internos, conscientes e inconscientes que os provocam ou os alteram”

(Conselho Federal de Psicologia, 2000). A Psicologia de Trânsito e a Avaliação Psicológica são áreas afins, uma vez que essa última consiste em um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, realizado por meio de estratégias psicológicas como métodos, técnicas e instrumentos que permitem um conhecimento de capacidades cognitivas e sensório-motoras, componentes sociais, emocionais, afetivos, motivacionais, aptidões específicas e indicadores psicopatológicos (Noronha, 1999).

Conforme Silva (2005), a necessidade de ampliação da noção de Psicologia do trânsito, baseada inicialmente na avaliação psicológica para exames de habilitação dos motoristas, se faz presente, marcados pela importância da reflexão e expansão dos princípios conceitos relacionados à área, envolvendo cada vez mais os profissionais na análise de aspectos pouco considerados, o principal sendo comportamentos de risco.

A utilização da avaliação psicológica para o trânsito foi denominado exame psicotécnico, a partir da publicação do novo código brasileiro de trânsito de 1998 o termo foi substituído por avaliação psicológica pericial. As duas importantes mudanças ocorreram: as avaliações somente poderiam ser realizadas por psicólogos peritos de trânsito e a exigência de que possuísem Curso de Capacitação para Psicólogo Perito examinador de Trânsito com carga horária de 120 horas/aula e conteúdo pré-definido, sendo obrigatório para todo profissional responsável pela avaliação psicológica ou em clínicas credenciadas. (Gouveia et al, 2002).

Segundo o Código Brasileiro de Trânsito Brasileiro, os requisitos para o candidato ser habilitado à condução de veículo automotor é ser penalmente imputável, saber ler e escrever, possuir carteira de identidade ou equivalente e ter 18 anos. Após o candidato será avaliado por meio de exames que comprovarão sua aptidão (Brasil, 1998). As principais alterações partiram do fato de que a Avaliação Psicológica Pericial para o Trânsito deveria ser realizada por Peritos de Trânsito que tivessem o respectivo curso; a finalidade do exame passava a ser investigar adequações psicológicas mínimas no indivíduo para que fosse possível que os candidatos à CNH fossem capazes de conduzir de forma correta e segura. Desse modo, a razão maior desse processo passaria a estar na necessidade de tentar garantir a segurança do condutor e dos demais envolvidos no trânsito (Conselho Federal de Psicologia 2000).

Avaliação Psicológica no contexto Trânsito

A Avaliação Psicológica no contexto do Trânsito é uma exigência do Código de Trânsito Brasileiro e do Conselho Nacional de Trânsito. Foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia e é fiscalizada pelos Conselhos Regionais de Psicologia, pois se trata de uma atividade exclusiva dos psicólogos (Resolução CFP 007/2009)

A Avaliação Psicológica no contexto do Trânsito é um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos dos indivíduos. É um processo de conhecimento do outro de forma científica e especializada. Dentre os instrumentos psicológicos utilizados para a avaliação psicológica encontram-se os testes, entrevistas, questionários e observações. Para os candidatos a Carteira Nacional de Habilitação (CNH) a entrevista individual e os testes psicológicos são obrigatórios para a realização da avaliação psicológica (Resolução CFP 007/2009).

Segundo a Resolução 007/2009, a etapa de aplicação de Testes Psicológicos pode ser realizada coletivamente e possui uma duração média de 02 (duas) horas. A etapa de Entrevista deve ser individual e a duração média sugerida pelo Departamento Médico e Psicológico do DETRAN é de 30 (trinta) minutos. Cabe ao profissional psicólogo avaliar se o candidato necessita realizar mais etapas de avaliação, como reaplicação de testes, por exemplo, o que deve ser sempre explicado ao avaliado o porquê desse procedimento. Após a finalização da avaliação o psicólogo elabora um laudo, com resultado final conclusivo. Atualmente existem três tipos de resultados possíveis

I- apto: quando o desempenho apresentado é condizente para a condução de veículo automotor.

II- inapto temporário: quando não é apresentado desempenho condizente para a condução de veículo automotor, porém o avaliado possui um tempo para se adequar e voltar a fazer o processo para a obtenção da CNH.

III- inapto: quando o desempenho apresentado não é condizente para a condução de veículo automotor.

É importante ressaltar que o objetivo da Avaliação Psicológica Pericial no contexto de Trânsito nunca foi o de prever se um determinado indivíduo viria a se envolver em acidente ou não, e sim de realizar um trabalho preventivo, no qual fosse possível diminuir as possibilidades de um motorista se expor a situações de risco (Lamounier & Rueda, 2005).

A Avaliação Psicológica Pericial para o Trânsito tem sido realizada de modo diferenciado nos diversos estados do Brasil, sempre regidos pelas resoluções do Denatran, Contran ou Detrans, mas tendo em comum a obrigatoriedade da Avaliação Psicológica para Obtenção da CNH e mudança de Categoria em todos eles. Esse panorama não se reflete em todos os países, sendo a avaliação utilizada muitas vezes em circunstâncias diferentes.

Os problemas da Avaliação Psicológica no Trânsito não se prenderam apenas às questões levantadas, mas também se referiam à sua importância. Sendo assim questionando até que ponto importância da realização de avaliação psicológica para obtenção da CNH. Alguns autores consideram a Avaliação Psicológica no trânsito desnecessária, e com base nisso dirigem críticas aos profissionais da área e aos instrumentos que são utilizados (Gouveia, Silva, Silva, Andrade, Filho & Costa, 2002).

Uma das questões mais importantes e primordiais diz respeito à desqualificação de alguns psicólogos que fazem uso de testes. Muitos destes profissionais não se encontram preparados para a utilização e interpretação dos instrumentos. O uso inapropriado dessas ferramentas leva ao questionamento também da população em geral sobre a veracidade das informações provenientes, por exemplo, de uma avaliação psicológica. Concorde-se com Alves (2005) no momento em que o autor menciona que em determinadas circunstâncias os testes psicológicos são utilizados como se fossem substitutos fáceis para o entendimento psíquico do indivíduo, sendo por sua vez classificatório e excludente (Manfredine, 2010)

O entendimento parte dos problemas encontrados na avaliação psicológica, e em especial nos testes psicológicos, refere-se prioritariamente à formação do profissional que utiliza os instrumentos, às deficiências nos próprios instrumentos, assim como à falta de pesquisas que promovam satisfatoriamente o desenvolvimento da área. Observa-se na prática profissional que psicólogos utilizam esses instrumentos de maneira inadequada, dando margem para dúvidas e incertezas de outras pessoas frente à avaliação.

Métodos, medidas e critérios que norteiam o processo de trabalho dos psicólogos Peritos Examinadores de Trânsito

Para atuar nessa atividade, o psicólogo perito precisa conhecer o que está avaliando, ou seja, quais são as condições psicológicas necessárias para dirigir e construir uma inteligibilidade na avaliação de tais fenômenos, definindo critérios

adequados à aprovação ou não do candidato, com fins de preservar aqueles que circulam pelo sistema trânsito. O trânsito é definido por (Rozestraten, 1988) como o conjunto de deslocamentos de pessoas e veículos nas vias públicas, dentro de um sistema convencional de normas, que tem por fim assegurar a integridade de seus participantes.

Ao se tomar a noção de que dirigir é um comportamento, entende-se, de acordo com (Botomé, 2001), um tipo de relação entre o que o sujeito faz (sua ação) e o ambiente no qual realiza essa ação. Em qualquer evento, o comportamento pode ser definido de diversas formas, de acordo com a natureza, objetivo é de quem o define, conhecimento existente ou acesso ao que já existe, metodologia utilizada e instrumentos disponíveis à atividade de dirigir.

Conforme Rozestraten (1988), em seu livro *Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos*, definem como domínio científico da Psicologia do Trânsito a análise de fenômenos e processos psicológicos na atividade de dirigir, enfatizando a percepção e o processamento das informações, tomada de decisão (avaliação, ponderação e julgamento), reação à situação e *feedback* do processo. Destacam, ainda, outros fatores psicológicos como os traços de personalidade, emoção, motivação, atitudes, memória e aprendizagem. Na avaliação das condições psicológicas para dirigir, quais aspectos os psicólogos peritos discriminam como mais importantes a serem caracterizados? Nesse sentido, conhecer os fenômenos psicológicos que os psicólogos peritos priorizam, ao avaliar os candidatos para obtenção da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), contribui na caracterização dos fenômenos psicológicos presentes na atividade de dirigir (Rozestraten, 1988).

Outro aspecto que o psicólogo perito necessita para realizar adequadamente seu trabalho é próprio da habilidade do avaliador em escolher estratégias e procedimentos recursos metodológicos e técnicos (Alchieri & Cruz, 2003). As etapas anteriores ao processo de avaliar exigem do profissional de psicologia planejamento, condição necessária para a execução de um trabalho com qualidade. Vale lembrar que isso não é tão fácil, mas sim de extrema complexidade.

Para Alchieri e Cruz (2003), um dos principais problemas para o trabalho dos psicólogos, não só os especialistas na área da avaliação, é organizar os instrumentos e os procedimentos necessários à compreensão dos fenômenos psicológicos. Nesse ponto frágil, instala-se uma das críticas mais frequentes na atividade do psicólogo perito: a má aplicação dos procedimentos e a redução da avaliação psicológica a testes, estigmatizando os psicólogos como os “profissionais dos testes”. É possível que os

psicólogos peritos estejam compreendendo que aplicar teste e corrigi-los é o que constitui o processo de avaliar?

Conforme Alchieri e Cruz (2003), avaliação psicológica é processo de trabalho resultante de três aspectos interdependentes: *a medida, o instrumento e o processo de avaliar*. Cruz (2003) define a avaliação psicológica como um processo de trabalho que tem por objetivo produzir conhecimento e intervenção profissional sobre dimensões psicológicas que precisam ser compreendidas em suas propriedades, extensão ou efeitos.

Já para Alchieri, Cruz e Pugliesi (2005), a denominação avaliação psicológica é controvertida na literatura especializada, devido à questão semântica do termo. Anteriormente denominada de psicodiagnóstico, por estar associada ao enfoque médico com objetivos classificatórios, causava desconforto e gerava resistência nos profissionais da área. Então, passou-se a usar o termo avaliação pela abrangência e neutralidade do termo, podendo referir-se a dois sentidos na língua inglesa: *assessment* e *evaluation*. O primeiro significa diagnósticas ou avaliação das condições psicológicas ou capacidades dos sujeitos em situação individual ou de grupo, e o segundo supõe atribuição de valor a um objeto de estudo.

Ainda para Alchieri, Cruz e Pugliesi (2005), o profissional de psicologia, ao atuar nessa atividade, identifica e caracteriza algumas capacidades ou condições psicológicas dos condutores para dirigir e usa instrumentos na avaliação psicológica em que a medição ou a testagem, são procedimentos usuais. Na testagem, o psicólogo perito obtém o desempenho do sujeito testado, um fato constatado por meio de um acesso instrumental, técnicas, e comparado com o desempenho da medida do fenômeno. Haveria possibilidade de o psicólogo estar avaliando? Para que possa ocorrer a caracterização de um fenômeno psicológico, são utilizadas medidas padronizadas, presentes nos diversos tipos de testes que procuram identificar as dimensões dos fenômenos ou processos psicológicos subjacentes ao comportamento humano para dirigir (Alchieri, Cruz e Pugliesi, 2005).

O desconhecimento sobre a natureza do fenômeno a ser medido, para (2002), constitui um problema, pois pode ser que a medida realizada não seja uma medida psicológica, e o teste usado como medida padronizada pode não corresponder à medida do desempenho individual. É importante destacar que concorre, no momento da testagem, um conjunto de processos clínicos, ou seja, a compreensão dos processos psicológicos que estão na psicodinâmica do trabalho, presentes na relação que o

psicólogo tem com o candidato desde o momento quando faz o *rapport*, observa as reações do candidato nos procedimentos da avaliação psicológica, até o momento da comunicação da sua decisão de aptidão ou inaptidão para dirigir.

Segundo Cruz (2003), esses são aspectos clínicos da avaliação, levados mais ou menos em consideração, dependendo da capacidade que o profissional possui em organizar no processo de trabalho os aspectos factuais vinculados ao diagnóstico, constituindo uma compreensão hermenêutica do processo. Nesse sentido, o psicólogo perito avalia? Examina? Ou está apenas atuando como aplicador de testes?

De acordo com Cruz (2002; 2003), avaliar faz parte do processo de conhecer e pressupõe ter conhecimento sobre as variáveis que constituem o fenômeno psicológico, diferente do senso comum, que se baseia em premissas e crenças acerca do comportamento humano. O autor considera que há necessidade de observar as exigências metodológicas que possibilitem descrever os fenômenos psicológicos e permitam a construção de uma inteligibilidade sobre os mesmos. Ainda para Cruz (2002), propicia o acúmulo de conhecimentos, pois favorece a compreensão da relação entre o conhecimento que é deduzido desse processo e a resposta à demanda social, mas só se torna um conhecimento acessível aos profissionais de psicologia quando se transforma em condutas sociais e profissionais.

Considerações Finais

Segundo a leitura realizada, concluiu-se que é necessário o estabelecimento de parâmetros específicos para a formação na área. Pois, parece estar claro que tais problemas estão sendo atribuídos ao instrumento, ao uso deles e à formação profissional, e por trás disso, encontra-se o psicólogo, ou mais especificamente, o psicólogo que não cria bons instrumentos, o profissional que não os utiliza adequadamente e o psicólogo que não está sendo bem formado (Noronha, 2002). Enfim a importância de um espaço de discussões sobre a formação profissional é papel dos conselhos possibilitarem o alcance de informações para a categoria de Psicólogos avaliadores. Julga-se necessário incentivar discussões entre profissionais disseminar e ampliar o conhecimento referente ao aprofundamento da pesquisa ao que se refere à prática de testagem com aprofundamento em suas complexidades. O ato de dirigir é complexo, envolve diversas competências, habilidades e atitudes e requer do motorista um bom nível de maturidade emocional e capacidade intelectual, as quais lhe permitem interpretar

estímulos e reagir estrategicamente no trânsito. Sendo assim, a CNH não pode ser considerada como um direito de todos, mas sim como uma permissão, um privilégio que o Estado concede àquelas pessoas que se mostram capazes em seu conjunto de ações e comportamentos tornando-as aptas para obtê-la. Portanto, a avaliação psicológica vem com o propósito de contribuição na promoção da segurança dos motoristas, se tornando o psicólogo um dos responsáveis pela liberação do candidato para a direção de veículos automotores.

Referências

- Alchieri, J.C. (2004). *Avaliação Psicológica no Trânsito. Perspectiva da avaliação psicológica*. Colégio de Psicólogos de la Província de Santa Fé. Editorial, 2000. [online]. Recuperado em 22 de setembro de 2015 de http://www.unl.edu.ar/colpsi/edic_esp/edi4.html.
- Alchieri, J.C. (2003). Considerações sobre a prática da avaliação psicológica de condutores no Brasil. In: M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, R. M., & J.C. Alchieri (Orgs). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alchieri, J.C., & Cruz, R.M. (2003). *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alchieri, J. C., Cruz, R. M., & Pugliesi, S. (2005). Medidas psicológicas: um panorama no Brasil e na Argentina. *Revista Psicologia Brasil*, 3 (18).
- Alchieri, J. C., & Stroher, F. (2002). Avaliação psicológica no trânsito: o estado da arte sessenta anos depois. In: R. M. Cruz, J. C. Alchieri & J. J. Sarda Jr. (Orgs). *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2004). *Teste Palográfico na avaliação da personalidade*. São Paulo: Vetor.
- Botomé, S. P. (2001). A noção de comportamento. In: H. P. M. Feltes & V. Zilles (Orgs.). *Filosofia: diálogo de horizontes*. Caxias do Sul: EDUCS; Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Código de Trânsito Brasileiro (1997). *Lei 9.503*, de 23 de setembro de 1997. Coletânea de Legislação de Trânsito e Resoluções do CONTRAN até 84/98, atualizada até dezembro de 1998, que traz as resoluções 07/50/71 e 80 de 1998.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução n. 012/2000*. Recuperado em 30 de abril de 2016 de <http://www.pol.org.br>.

- Conselho Federal de Psicologia (2001). *Resolução n. 025/2001*. Recuperado em 18 de abril de 2016 de <http://www.pol.org.br>.
- Conselho Federal de Psicologia (1986). *Resolução n. 004/86* de 19 de outubro de 1986.
- Cruz, R. M. (1996). O significado social do trabalho diante do fenômeno da globalização: a formação profissional repensada. *Revista da FAEESA*, 6.
- Cruz, R. M. (2002). O processo de conhecer na avaliação psicológica. In: R.M. Cruz, J.C. Alchieri, & J.J. Sarda Jr. (Orgs.). *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cruz, R. M. e cols. (2003) Competências sociais e técnicas dos psicólogos que realizam avaliação de condutores In: H.M. Hoffmann, R.M. Cruz, R. M., & J.C. Alchieri (Orgs). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DETRAN/SC. (1986). Departamento Estadual de Trânsito do Estado de Santa Catarina. *Circular no 0984/86*. Atribuições do Psicólogo Policial.
- DETRAN/SC.(1990). Departamento Estadual de Trânsito do Estado de Santa Catarina. Ofício no 616/90. Comunicação sobre curso de capacitação em testes psicológicos. 29 de março de 1990.
- Duarte, T. O. (2003). Avaliação psicológica de motoristas. In: H.M. Hoffmann, R.M. Cruz, R. M., & J. C. Alchieri (Orgs). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gouveia, V. V., Silva, D. V., Silva, M. P. V., Andrade, C. L., Filho, S. B. S. & Costa, D. M. F. (2002). Atitudes frente à avaliação psicológica para condutores: Perspectivas de técnicos, estudantes de psicologia e usuários. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(2), 50-59.
- Hoffmann, M. H., Cruz. R. M.; & Alchieri, J. C. (Orgs). (2003). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lamounier, R. & Rueda, F. J. M. (2005). Avaliação psicológica com o PMK no contexto do trânsito. *Psicologia: Pesquisa e Trânsito*, Belo Horizonte, 1 (1), 25-32.
- Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 135-142.
- Noronha, A. P. P. e cols. (2003). Propriedades psicométricas apresentadas em manuais de testes de inteligência. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 93-99.
- Noronha, A.P.P. e cols. (2003). Conhecimento em avaliação psicológica: um estudo com alunos de Psicologia. *Psicologia: teoria e prática*, 5 (2), 37-46.

- Rozestraten, R. J. A. (1988). *Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos*. São Paulo: EPU.
- Silva, A. L. P. (2004). *Desenvolvimento de comportamentos profissionais de avaliação em Psicologia na formação de psicólogos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Silva, G. F. (2005). *Decorrências psicológicas de acidentes de trânsito em motoristas de transporte urbano de passageiros da Grande Florianópolis*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Silva, A. V.; Günther, H. (2005). Características de Itinerário Urbano e Comportamentos Inadequados de um Motorista de Ônibus. *Psicologia: Pesquisa & Trânsito*, 1 (1), 33-44.

Avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica

Graziela A. Nogueira de Almeida Ribeiro

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo.

Resumo: A atuação do psicólogo em cirurgia bariátrica pode ser considerada mais do que necessária e obrigatória, tendo se tornado imprescindível nesse contexto, considerando não somente o caráter multifatorial da obesidade como também as mudanças que serão vivenciadas pelos pacientes após a cirurgia e consequente perda de peso. O psicólogo que atua nessa área deve ser capaz de avaliar os pacientes, bem como fazer o acompanhamento psicológico dos mesmos, tanto antes quanto após a cirurgia. A avaliação psicológica pré-operatória tem como objetivo investigar os recursos psicológicos que o paciente dispõe para se submeter ao procedimento cirúrgico e às mudanças decorrentes dele. Além disso, é imperioso avaliar a presença/ausência de psicopatologias graves, bem como a condição de elaboração de conflitos. A avaliação pós-operatória tem como principal objetivo avaliar como o paciente se encontra do ponto de vista emocional após as mudanças vivenciadas pela cirurgia. Será apresentado um protocolo de avaliação e acompanhamento psicológicos, discutindo desde a entrevista inicial até a escolha dos instrumentos utilizados, finalizando com o trabalho de devolutiva e observações gerais das avaliações pré e pós-operatórias, tendo como base a experiência da autora nessa área.

Palavras-chave: *avaliação psicológica; atuação do psicólogo; cirurgia bariátrica; obesidade.*

Uma visão geral da obesidade

A obesidade é definida como uma doença resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo, de tal forma que pode resultar em prejuízos à saúde (World Health Organization - WHO, 1997). Considerada um transtorno clínico, crônico e de etiologia multifatorial, a obesidade incide sobre crianças, adolescentes e adultos. O excesso de peso corporal que culmina com a obesidade é uma condição que sempre acompanhou a história da humanidade, havendo períodos de valorização destas condições, quando os corpos redondos eram sinônimos de padrões de beleza, e outros de extrema desvalorização e cobranças, como ocorre nos tempos atuais (Sarlio-Lahteenkorva, Stunkard, & Rissanen, 1995; Wadden et al., 2001).

De todas as condições estigmatizadas pela cultura ocidental, o estigma do sobrepeso é considerado um dos mais debilitantes já que, por ser uma condição visível, pode afetar de maneira bastante negativa as interações sociais dos indivíduos. Em função das próprias limitações que a obesidade impõe, bem como das diferentes formas de discriminação, as pessoas obesas têm experimentado problemas psicossociais diversos.

Intervenções em obesidade grau III

Ao se tratar, especificamente, da obesidade mórbida, ou grau III, as intervenções convencionais, baseadas em diminuição de ingestão de alimentos e/ou em uso de

medicamentos, têm se mostrado pouco eficazes tanto para a perda de peso quanto para a manutenção desta perda (Powell, Calvin, & Calvin, 2001).

Nas últimas décadas tem ocorrido aumento significativo no número de cirurgias de restrição gástrica, enquanto modalidade terapêutica para a obesidade grau III. Essas cirurgias tiveram início nos anos 50, e a partir de então as técnicas foram sendo aprimoradas (Sjöström et al., 2004). As cirurgias podem ser divididas em três grupos: restritivas (gastroplastia vertical com bandagem e bandagem gástrica ajustável), disabsortivas (desvio jejunoileal) e mistas (derivação gástrica em Roux-en-Y ou cirurgia de Fobi-Capella, e derivações biliopancreáticas, como Scopinaro e duodenal switch). No caso das cirurgias restritivas, as deficiências nutricionais são mais incomuns, a não ser que o paciente tenha complicações como náuseas e vômitos ou uma mudança drástica nos hábitos alimentares. Com relação às técnicas disabsortivas, apesar do procedimento levar a uma significativa perda de peso, os efeitos adversos são muito frequentes, como diarreia, cálculos biliares, fezes e gases fétidos, além de deficiências de vitaminas e minerais. As cirurgias mistas, mais especificamente a de Fobi-Capella, têm sido bastante utilizadas, mostrando-se bastante efetivas. Dentre as complicações pós-operatórias podem ocorrer náusea e vômitos, síndrome de *dumping*, diarreia, intolerância alimentar, entre outras (Abell & Minocha, 2006; Buchwald et al., 2004; Maggard et al., 2005; Thaisethhawatkul, 2008).

Atualmente, a técnica mais utilizada é a de derivação gástrica em Roux-en-Y, proposta em 1997 que, além de reduzir o tamanho do estômago, também atua de forma a diminuir a absorção de nutrientes. Além disso, é considerada uma técnica simples, rápida, e bastante efetiva na perda de peso e manutenção desta perda (WHO, 1997).

Vários autores têm focado os benefícios do tratamento cirúrgico para a qualidade de vida das pessoas obesas, apontando que essas cirurgias apresentam baixos níveis de mortalidade, sugerindo que, concomitante ao procedimento cirúrgico, sejam consideradas as terapias auxiliares como parte de um enfoque multidisciplinar (Buchwald, 2005).

O significativo controle de peso ao longo do tempo após a cirurgia, conquistado principalmente em função de uma dieta altamente restritiva, está associado com melhora geral do paciente nos aspectos físico e emocional, bem como na resolução de comorbidades como diabetes, hipertensão, hiperlipidemia e insuficiência pulmonar.

A atuação do psicólogo em cirurgia bariátrica

A atuação do psicólogo em cirurgia bariátrica pode ser considerada mais do que necessária e obrigatória, tendo se tornado imprescindível nesse contexto, considerando não somente o caráter multifatorial da obesidade como também as mudanças que serão vivenciadas pelos pacientes após a cirurgia e consequente perda de peso.

De uma maneira geral, a Psicologia na área da saúde procura investigar as influências psicológicas no processo saúde/doença, os fatores responsáveis pelo adoecimento, bem como as alterações de comportamento das pessoas ao adoecer. Objetiva ainda o aperfeiçoamento da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças (American Psychiatric Association - APA, 2005).

A avaliação psicológica em ambientes médicos e hospitalares tem sido considerada uma ferramenta bastante adequada na tomada de decisões a respeito do diagnóstico diferencial, do tipo de tratamento necessário, como também do prognóstico (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005). Em cirurgia bariátrica as avaliações psicológicas também são fundamentais, na medida em que procuram compreender a relação entre manifestações clínicas e fenômenos psicológicos e psicossociais.

Frequentemente, o psicólogo atua nessa área junto de uma equipe multi ou interdisciplinar, com o objetivo de fazer avaliações (pré e pós-operatórias) assim como o acompanhamento psicológico dos pacientes. A importância e a necessidade da avaliação psicológica se justificam uma vez que a cirurgia pode levar a uma série de mudanças na vida do paciente. Mudanças essas relacionadas aos novos hábitos alimentares impostos pela redução do estômago, bem como relacionadas às mudanças corporais vivenciadas após significativa perda de peso.

A avaliação psicológica antes da cirurgia bariátrica deve ter como meta investigar os recursos psicológicos que o paciente dispõe para se submeter ao procedimento em si e às mudanças decorrentes dele. Além disso, é imperioso avaliar a presença/ausência de psicopatologias graves, bem como a condição de elaboração de conflitos. Vale ressaltar que a presença de uma psicopatologia grave não necessariamente vai impedir a realização da cirurgia, mas poderá retardar a sua realização até que os sintomas estejam estabilizados. A avaliação psicológica após a cirurgia deve ser realizada periodicamente e tem como principal objetivo avaliar como o paciente se encontra do ponto de vista emocional após tantas mudanças vivenciadas pela cirurgia e consequente perda de peso.

Não há na literatura consenso quanto aos instrumentos e formas de avaliação psicológica em cirurgia bariátrica. Alguns centros de cirurgia bariátrica fazem uso de entrevistas de anamnese, escalas, inventários de rastreamento de sintomas, outros incluem instrumentos projetivos de avaliação psicológica. Outros fazem uso de entrevistas construídas para essa população específica. Outros ainda fazem a opção de utilização de apenas uma entrevista breve, procurando compreender o nível de consciência do paciente sobre o procedimento cirúrgico.

Resumindo, o psicólogo que atua junto às equipes interdisciplinares em cirurgia bariátrica deve exercer papéis fundamentais tanto antes quanto depois da cirurgia, como os que seguem:

- 1- Avaliar o paciente do ponto de vista psicossocial;
- 2- Orientar e contribuir para o processo de conscientização para o tratamento cirúrgico;
- 3- Dimensionar, junto com o paciente, os aspectos relativos ao ideal e ao que é possível de ser alcançado com a cirurgia;
- 4- Fortalecer emocionalmente o paciente para o procedimento cirúrgico, trabalhando com os seus recursos;
- 5- Trabalhar com as fantasias e medos, procurando adequá-los à realidade.

Protocolo de avaliação e acompanhamento psicológico em cirurgia bariátrica

O protocolo em questão consiste de uma proposta de atuação do psicólogo na área de cirurgia bariátrica, elaborada pela autora.

Para a avaliação psicológica sugere-se o uso de uma entrevista semi-estruturada, de inventários, escalas, questionários, como também de uma entrevista devolutiva. O uso de diferentes tipos de instrumentos justifica-se pela busca de correspondência entre as respostas, como forma de tentar assegurar a fidedignidade das mesmas.

No que diz respeito à entrevista inicial utilizada, pode-se dizer que ela se refere a uma das partes mais importantes deste protocolo.

A entrevista inicial

A entrevista utilizada pela autora consiste de um conjunto de questões (abertas e fechadas) que contemplam aspectos relevantes à obesidade e ao tratamento cirúrgico, abordando os seguintes tópicos: identificação, aspectos profissionais, questões relacionadas ao histórico pessoal, relacionamentos interpessoais, atividades de lazer,

histórico do peso e da alimentação, situação de saúde física e mental e questões relativas à cirurgia propriamente dita.

Todos esses aspectos procuram tratar as questões contemplando-as de maneira bastante abrangente, buscando garantir um conhecimento amplo e aprofundado de temas que podem ter alguma relação com a problemática da obesidade (Moliner & Michelli, 2008; Wadden & Sarwer, 2006).

O uso das escalas, inventários e questionários

Também como parte do protocolo de avaliação psicológica pré-operatória estão incluídos os seguintes instrumentos:

- 1- Escala Beck de Ansiedade (Cunha, 2001). Esta escala consiste de uma lista de 21 itens (cada item corresponde a um sintoma), cada um deles contendo quatro alternativas disponibilizadas em graus crescentes de cada sintoma. A pontuação final refere-se à soma dos itens pontuados, sendo que a classificação do nível de ansiedade pode variar de mínimo a grave.
- 2- Escala Beck de Depressão (Cunha, 2001). Trata-se de um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos. A escala é formada por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade é apresentada de maneira crescente. A pontuação final refere-se à soma dos itens pontuados, sendo que a classificação do nível de depressão pode variar de mínimo a grave.
- 3- Escala Beck de Suicídio (Cunha, 2001). Esta escala é formada por 21 itens e detecta a presença de ideação suicida. Em caso de presença da ideação, avalia a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida.
- 4- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinário, 2001). Esta escala refere-se a um questionário autoaplicável e que permite discriminar pessoas obesas de acordo com a gravidade de compulsão alimentar periódica. O nível de compulsão é classificado de acordo com a pontuação obtida, podendo variar do nível sem compulsão até compulsão grave.

- 5- Escala de Desenhos de Silhuetas (Nine-figure outline scale) (Almeida, Santos, Pasian & Loureiro, 2005). Esta escala tem a finalidade de avaliar a percepção da imagem corporal. Consiste de um conjunto de dezoito cartões, contendo nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas, que representam figuras humanas com nove variações em ordem crescente de tamanho corporal. Cada cartão dispõe de uma numeração a qual corresponde a uma classe de IMC, assim definida: cartões 1 e 2 = não obesidade; 3 = sobrepeso; 4 e 5 = obesidade grau I; 6 e 7 = obesidade grau II; 8 e 9 = obesidade grau III.

Os pacientes devem fazer escolhas frente às cinco assertivas propostas, uma de cada vez, como se segue:

- ① Escolha uma figura que represente um homem de tamanho normal (HTN);
- ② Escolha uma figura que represente uma mulher de tamanho normal (MTN);
- ③ Escolha uma figura que represente o seu próprio tamanho (PT);
- ④ Escolha uma figura que represente um tamanho que você acredita que pode alcançar se quiser mudar o seu peso (TPA);
- ⑤ Escolha uma figura que represente um tamanho que, na verdade, você gostaria de ter (TGT).

- 6- Questionário Holandês de Comportamento Alimentar – QHCA (Almeida, Loureiro & Santos, 2001). Trata-se de um questionário composto de três subescalas, que visa avaliar e diferenciar o estilo alimentar preponderante em cada paciente, como se segue: restritivo, emocional e externo. Este questionário foi traduzido e adaptado pela autora.

- 7- Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST) (Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004). Este questionário permite uma abordagem simultânea de várias classes de substâncias, tendo um importante papel na detecção precoce do abuso de substâncias psicoativas, permitindo classificar o padrão de uso, facilitando os procedimentos de intervenção ou encaminhamento.

O uso da entrevista devolutiva

Ao final da avaliação psicológica realiza-se uma entrevista devolutiva que tem o objetivo de apontar para o paciente as principais questões extraídas da sua avaliação.

Nesta entrevista, procura-se mostrar os recursos emocionais que os pacientes disponibilizam bem como as dificuldades psicossociais por eles enfrentadas, pontuando-se os aspectos que necessitam de maior atenção e cuidado (Ocampo & Arzeno, 1981).

Finalização da avaliação psicológica - encaminhamentos

Ao finalizar a avaliação psicológica, cabe ao psicólogo fazer os encaminhamentos necessários. Ou seja, se o paciente apresenta condições de se submeter à cirurgia – encaminhá-lo para dar prosseguimento às avaliações pré-operatórias. Se o paciente não apresenta naquele momento condições de se submeter à cirurgia, o psicólogo deve propor uma alternativa de intervenção necessária à cada demanda.

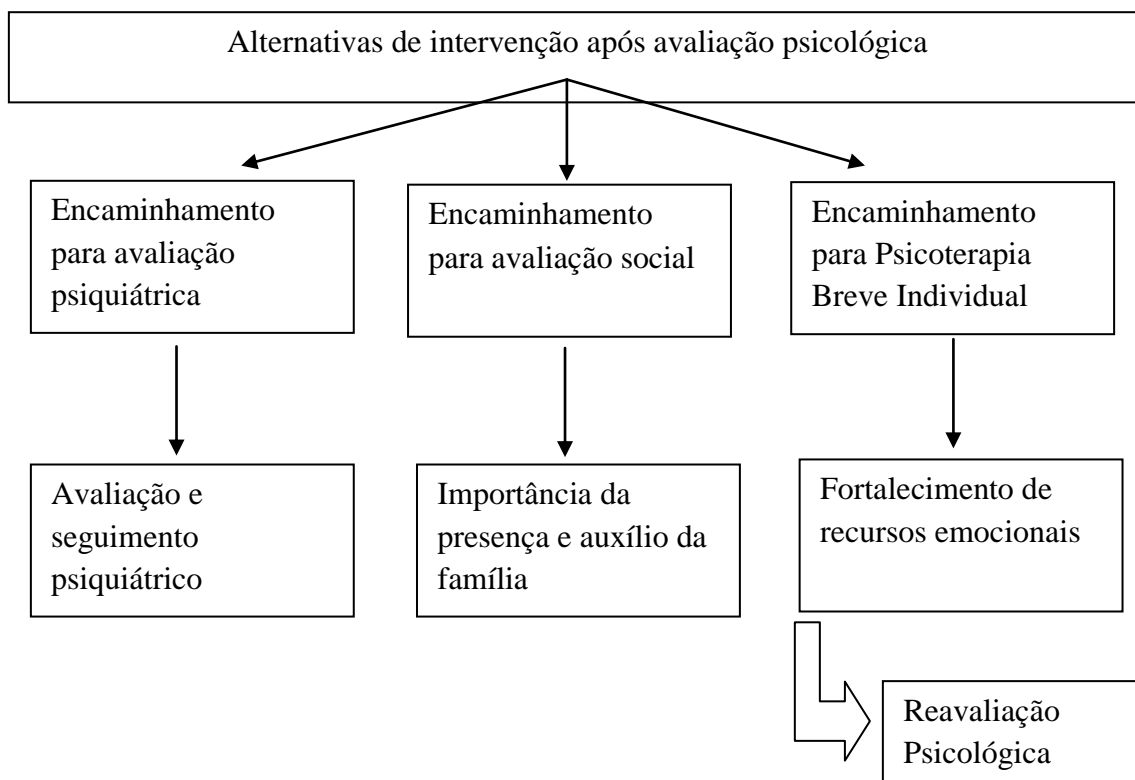


Figura 1. Alternativas de intervenção após avaliação psicológica em cirurgia bariátrica

Ao final do processo de avaliação, considera-se importante que o paciente seja acompanhado em processo psicoterapêutico tanto antes quanto após a cirurgia, a fim de garantir maior adesão do paciente ao tratamento bem como favorecer a adaptação às mudanças que serão vivenciadas durante o processo de perda de peso (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005; Moliner & Rabuske, 2008).

No estágio pré-operatório, em caso de liberação para a cirurgia, o paciente deve ser encaminhado para psicoterapia de grupo. No caso do paciente que não apresenta condições (naquele momento) de se submeter à cirurgia, ele deve ser encaminhado para atendimento em psicoterapia breve individual, onde serão trabalhadas as suas principais dificuldades, proporcionando para o mesmo suporte e apoio às demandas emocionais que surgiram durante a avaliação psicológica. No período pós-operatório todo paciente deve ser encaminhado para psicoterapia de grupo por tempo indeterminado e/ou psicoterapia individual, conforme a demanda. Este trabalho, como referido anteriormente, tem como objetivos favorecer o processo de adaptação do paciente, bem como de garantir a adesão ao tratamento. No caso da psicoterapia de grupo pode-se ainda contar com a oportunidade do paciente dar e receber apoio emocional do grupo (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005; Moliner & Rabuske, 2008).

Grupo de Conscientização

Este grupo, de caráter psicoeducativo, tem o objetivo de contribuir para o processo de conscientização do paciente acerca da cirurgia bariátrica. Configura-se de seis ou sete encontros de aproximadamente uma hora e meia. São orientados a participar desse grupo tanto os pacientes que iniciaram o processo de avaliação psicológica, bem como um acompanhante de cada paciente (de preferência, a pessoa que cuidará do mesmo após a cirurgia). Em cada um dos encontros um profissional envolvido com a cirurgia bariátrica conversa com essas pessoas sobre todo o processo pré e pós cirúrgico, enfocando a sua especialidade. Os profissionais envolvidos podem ser: nutricionista, cirurgião bariátrico, nutrólogo, fisioterapeuta, enfermeiro e psicólogo. Neste grupo os pacientes devem ser estimulados a tirar as suas dúvidas, buscando o máximo de esclarecimento possível sobre a cirurgia. A idéia da construção desse grupo surgiu no decorrer do trabalho da autora junto à equipe da cirurgia bariátrica, como forma de favorecer maior contato dos profissionais com os pacientes e seus familiares, além de propiciar um espaço de trocas.

Do ponto de vista da psicologia, este grupo se faz de grande importância. Considerando que é um momento em que os pacientes são estimulados a se colocar em um contexto diferente da avaliação psicológica (individual), o psicólogo participa de todas as sessões com o objetivo de observar falas e comportamentos dos pacientes, favorecendo a conclusão e finalização da avaliação psicológica.

Para o paciente, a participação neste grupo muito contribui para uma tomada de decisão com maior clareza e consciência. Muitos daqueles que estão em dúvida, com frequência, conseguem tomar uma decisão mais segura após a participação. Para os profissionais envolvidos, trata-se de uma oportunidade de conhecer e de ter contato prévio com o candidato à cirurgia.

Quando o paciente não tem condições de se submeter à cirurgia?

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2016) preconiza que são consideradas condições adversas à realização da cirurgia bariátrica as seguintes situações:

- Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas. No entanto, consideram que quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos à cirurgia;
- Doenças genéticas.

Em todos esses casos, é possível oferecer ao paciente a oportunidade de tratamento a fim de que ele possa buscar o controle para esses quadros.

Alguns achados advindos da prática da autora nas avaliações pré e pós-operatórias

Pré-operatórias

Nas avaliações realizadas antes da cirurgia bariátrica a autora tem observado prejuízos significativos na qualidade de vida bem como indicadores de algum grau de depressão. No entanto, tem encontrado baixos níveis de indicadores tanto de ansiedade quanto de compulsão alimentar periódica. Quanto à percepção da imagem corporal, tem-se verificado indicadores de insatisfação com o próprio corpo, somada a expectativas bastante elevadas quanto ao emagrecimento e consequente mudança corporal (Ribeiro et al., 2013).

Um dos aspectos que chama a atenção diz respeito à percepção das tentativas e esforços dos pacientes para conseguir mostrar o quanto estão bem do ponto de vista emocional, somada a uma alta expectativa acerca da cirurgia e perda de peso.

Importante considerar que, quando essas pessoas se submetem à avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica, estão vivendo um momento considerado por elas

como decisivo para as suas vidas. Daí o esforço no sentido de oferecer o melhor de si, apresentando com bastante frequência indicadores sugestivos de presença de recursos internos para lidar com situações difíceis.

Algumas frases de pacientes nesse momento do pré-operatório:

“Com a cirurgia eu espero poder voltar a viver” (VLM, 53 anos)

“Gostaria de ter meus 50 Kg...porque eu era mais leve, não tinha dor. Eu era cobiçada, hoje sou criticada”(NMRF, 48 anos)

“Eu queria chegar num peso que me desse condições de vida (...) Não uso mais calcinha, mais sapato...eu acho que para viver assim é melhor morrer” (RLPL, 49 anos)

“Quero deitar e levantar um dia e dizer: Tô magrinha!” (ACCN, 32 anos)

“ Quando tô triste, ansiosa, alegre. Tudo é motivo para o gordo comer mais!” (AAS, 39 anos)

“Acho que com a cirurgia vou para o paraíso; mas antes estou tendo que passar pelo purgatório!” (AADC, 32 anos)

Pós-operatórias - seis meses após a cirurgia

Nas avaliações realizadas pela autora após seis meses da cirurgia têm-se observado melhoras importantes na qualidade de vida, com minimização de queixas clínicas e físicas. Do ponto de vista emocional, tem-se observado diminuição de sintomas de depressão, ansiedade e compulsão alimentar, além de melhora significativa da percepção da imagem corporal, com sentimentos de significativa auto-valorização. Parece que, neste momento, os pacientes apresentam uma maior possibilidade de coordenação das vivências emocionais, não se deixando invadir por angústias e estados emocionais diversos, caracterizando uma fase de muitas conquistas e euforia. Além disso, parece haver uma superestima das melhoras alcançadas. Tudo isso parece funcionar como um grande estímulo na continuidade do tratamento.

Algumas frases de pacientes nesse momento do pós-operatório:

“Meus Deus, como eu estou sofrendo...pareço um papel....não consigo ficar de pé...não acreditei que pudesse ser tão difícil! Mas faria tudo de novo!” (MIB, 52 anos)

“Hoje eu até consigo dormir um sono só, nem ronco mais...” (AMC, 48 anos)

“Se alguém pergunta como eu me chamo, eu falo: sou a Gisele...a Gisele Büindchen, é claro!” (SASF, 25 anos)

Pós-operatórias - um ano após a cirurgia

Nas avaliações realizadas após um ano da cirurgia, os sintomas de ansiedade de depressão começam a (re)aparecer e parece haver uma percepção maior de demandas emocionais por parte dos próprios pacientes. Com relação à imagem corporal, a percepção de tamanho e forma corporal se mantém adequada, porém começam a reaparecer também as insatisfações com a auto-imagem. Agora o que incomoda não é mais o tamanho corporal, mas a forma como o corpo se apresenta, cheio de dobras e peles que sobram.

A impulsividade está presente novamente. No entanto, não mais estritamente sob a forma de “ataques” à comida, mas sim nos relacionamentos sociais e familiares, no trabalho, etc. Percebe-se que este é um momento mais depressivo, de busca pela identidade (Quem sou eu?).

Algumas frases de pacientes nesse momento do pós-operatório:

“Hoje eu posso perceber que papel tinha a comida na minha vida.... Eu tento ser mais adequada, colocar as coisas nos seus devidos lugares, mas não, ainda acabo indo para a comida, mesmo sabendo que ela não vai me satisfazer. Ruim com ela, pior sem ela.” (ES, 32 anos)

“ Vocês avisaram tanto que a gente ia ter outros problemas (...) só agora eu consigo entender o que vocês queriam dizer (...) como está sendo difícil!” (ACCN, 34 anos)

“É duro olhar para dentro e ver que o que existe aí é um grande vazio!” (AMGP, 40 anos)

Conclusão

O presente trabalho deixa clara a importância e a necessidade da implantação de um protocolo de avaliação e acompanhamento psicológicos em serviços de cirurgia bariátrica, dada a diversidade de questões envolvidas. Deixa claro ainda a importância de se realizar avaliações psicológicas em diferentes momentos, bem como a necessidade do tratamento continuado desses pacientes, na medida em que, por se tratar de doença crônica, a obesidade requer tratamento multiprofissional e de longo prazo, mesmo para os casos cirúrgicos.

Referências

- Abell, T. & Minocha, A. (2006). Gastrointestinal complications of bariatric surgery: diagnosis and therapy. *American Journal of the Medical Sciences*, 331(4), 214-218.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2005). Dornelles C. (tradutor). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Buchwald H. (2005) Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surgical Obesity Related Disease*, 1(3):371-81.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M.D., Pories, W., Fahrbach, K. & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1724-1737.
- Capitão, C.G., Scortegagna, S.A., Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- de-Almeida, G.A.N. de, dos-Santos, J.E., Pasian, S.R. & Loureiro, S.R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35.
- de-Almeida, G.A.N., Loureiro, S.R. & Dos-Santos, J.E. (2001). Obesidade mórbida em mulheres – estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 51(4), 359-365.
- Freitas, S., Lopes, C.S., Coutinho, W. & Appolinário, J.C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220.
- Henrique, I.F.S., De Micheli, D., Lacerda, R.B.de, Lacerda, L.A. & Formigoni, M.L.O.S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2016). *Quem pode fazer*. Disponível em <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>
- Maggard, M.A., Shugarman, L.R., Suttrop, M., Maglione, M., Sugerman, H.J., Livingston, E.H., Nguyen, N.T., Li, Z., Mojica, W.A., Hilton, L., Rhodes,

- S., Morton, S.C. & Shekelle, P.G. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 547-559.
- Moliner, J. D., & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: teoria e prática*, 10(2), 44-60.
- Ocampo, M. L. S. D. & Arzeno, M. E. G. (1981). A entrevista de devolução da informação. In Ocampo, M. L. S. D., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. D. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (pp 381-406). São Paulo: Martins Fontes.
- Powell, L.H., Calvin, J.E. & Calvin, J.E.Jr. (2001). Effective obesity treatments. *The American Psychologist*, 62, 234-246.
- Ribeiro, G. A., Giampietro, H. B., Barbieri, L. B., Pacheco, R. G., Queiroz, R., & Ceneviva, R. (2013). Percepção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(2), 124-128.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., Stunkard, A. & Rissanen, A. (1995). Psychosocial factors and quality of life in obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 19, Suppl 6P, S1-S5.
- Sarwer, D. B.; Wadden, T. A. & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639-48.
- Sjöström, L., Lindroos, A.K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöström, C.D., Sullivan, M. & Wedel, H. (2004). Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*, 351, 2683-2693.
- Thaisethawatkul, P. (2008). Neuromuscular Complications of Bariatric Surgery. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19: 111-124.
- Wadden, T. A. & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(2), 171-9.
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G., Foster, G.D., McGuckin, B.G., Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81(5), 1001-1024.
- World Health Organization (1997). *Obesity - preventing and managing the global epidemic*. Geneva.

Contribuições do SARP (Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental) para avaliação da Alienação Parental

Tiziane Dobrovolski

Patrícia Basso

Vivian de Medeiros Lago

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo: O fenômeno da Alienação Parental compreende contextos de divórcio hostis, abrangendo disputas de guarda. No Brasil, a Lei da Alienação Parental busca assegurar a proteção e o melhor interesse dos menores. Ela considera atos de alienação parental aqueles promovidos pelo genitor guardião com intuito de que os filhos repudiem o outro adulto, causando prejuízos à manutenção do vínculo entre eles. Quando constatados indícios desta prática, o juiz poderá determinar a realização de uma perícia psicológica. Estas avaliações devem considerar todos os integrantes da família, incluindo a análise das capacidades parentais, a compreensão das necessidades funcionais e psicológicas dos infantes e a adequação das habilidades dos responsáveis às necessidades dos filhos. Nesse sentido, o Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental (SARP), método de avaliação da relação pais-filhos criado para o contexto de disputa de guarda, abrange aspectos relevantes para essas perícias. Ele é composto por entrevistas semiestruturadas para os genitores, um material gráfico lúdico, intitulado *Meu Amigo de Papel*, utilizado com crianças de 5 a 12 anos e uma escala, pontuada pelo próprio avaliador. Este estudo objetivou discutir, teoricamente, quais os itens da Escala SARP que podem contribuir para a avaliação da Alienação Parental. Foram realizadas análises considerando as descrições dispostas no manual e as apreciações da literatura sobre as características deste fenômeno. Os resultados apontam que itens como: a comunicação entre genitores, flexibilidade dos contatos, comportamentos de desqualificação parental, interferências do estado emocional do guardião e manifestações de afeto do filho devem ser considerados em avaliações neste contexto. Este estudo permitiu discutir teoricamente características e comportamentos que devem ser investigados em uma perícia de alienação parental. A apresentação dos itens da Escala SARP que contribuem para essa averiguação elucidada, de forma teórico-prática, o foco que o avaliador deve ter ao conduzir seu trabalho e, em consequência, redigir seu laudo pericial.

Palavras Chave: *Avaliação psicológica; Alienação Parental, Psicologia Jurídica.*

Introdução

O aumento da incidência de divórcios na contemporaneidade tem proposto novas constituições de relacionamentos familiares (Fonseca, 2006; Gardner, 2002). Neste contexto, os processos de separação conjugal compreendem uma série de negociações acerca dos bens e responsabilidades compartilhadas entre o casal. Nos casos em que há menores envolvidos se faz necessário acordar entre os progenitores o regime de guarda que melhor irá se adequar aos interesses e possibilidades de todos. A decisão mais comum, contudo, outorga a guarda a um dos pais e dá o direito-dever de visitas ao outro. Este direito abrange, além do contato físico e a comunicação, a garantia deste responsável poder participar do crescimento e da educação dos filhos. Entende-se que o convívio familiar é fundamental para o desenvolvimento infantil, de forma que o exercício do direito às visitas não pode ser impedido (Fonseca, 2006). Contextos de separação litigiosa podem interferir nas relações parentais, influenciando também a condução de processos de disputa de guarda. Em decorrência disso, os adultos podem

encontrar nos filhos uma oportunidade de vingança contra o antigo cônjuge e impedir o convívio entre eles.

Em 1985, Gardner, psiquiatra forense americano, cunhou o termo Síndrome de Alienação Parental (SAP) para um tipo específico de abuso emocional infantil. De acordo com o autor, a SAP consiste na interferência de um dos genitores no relacionamento entre os filhos e o outro cuidador, causando distorções nas percepções das crianças sobre o outro genitor com o intuito de inviabilizar a convivência entre eles (Gardner, 2002). A literatura distingue o termo Alienação Parental (AP) da Síndrome da Alienação Parental, sendo que uma é decorrente da outra (Brenet, 2008). A AP, desta forma, é um estágio anterior à Síndrome da Alienação Parental. Na AP um dos pais perturba as impressões do filho em relação ao outro genitor, mas a criança não repudia o convívio com o adulto. A ocorrência de ambas considera um ambiente em que os genitores estão envolvidos em processos de divórcio hostis abrangendo também situações de disputa de guarda.

Legislação

No início do século XIX muitos juízes americanos preocuparam-se com os casos de separação em que um dos pais “envenenava a mente” do filho contra o outro (Fonseca, 2006). Contudo, somente na década de 80 que pesquisadores e profissionais, que trabalhavam com perícias em processos de guarda, começaram a registrar padrões patológicos de comportamentos identificados nestas circunstâncias. Gardner (2002) contextualizou que o aumento destes casos esteve relacionado, primariamente, a duas mudanças nas conjunturas no âmbito do desenvolvimento legal em casos de disputa de guarda. A primeira foi a substituição da doutrina dos anos tenros para a doutrina dos melhores interesses da criança. A doutrina dos anos tenros pressupunha que as mães, devido ao fato de serem mulheres, seriam naturalmente mais qualificadas do que os homens na criação dos filhos. O princípio da doutrina dos melhores interesses da criança considerava a capacidade parental como um dos fatores relevantes para a concessão da guarda, de forma que o gênero do responsável deixava de ser um aspecto expressivo nas decisões. A partir desta mudança, os pais passaram a considerar a possibilidade de assumir a guarda dos filhos. A segunda mudança foi a implementação da guarda compartilhada, que propunha um paradigma distinto da guarda unilateral. Esta transição reduziu o tempo que as antigas guardiãs dispunham para ficar com seus filhos, intensificando os litígios referentes à guarda nos Estados Unidos.

No Brasil, o Estado exerce poucas intervenções sobre a vida privada das famílias, gerando descompassos na regulação ativa de situações de abuso e negligência. Esta lacuna, segundo Brockhausen (2012), pode ser uma das causas para o país ser o único com uma legislação específica para os casos de Alienação Parental. Antes desta formulação, o Estatuto da Criança e o Código de Processo Civil tinham subsídios para regular e proibir os atos de alienação, porém na prática estas ações raramente eram homologadas.

A legislação vigente no ordenamento jurídico brasileiro, que dispõe acerca da Alienação Parental, Lei nº 12.318/2010, tem como preceito a regulamentação de forma mais efetiva do convívio dos filhos com ambos os genitores após a separação conjugal (Brasil, 2010). Desta forma, busca assegurar a proteção e o melhor interesse da criança e do adolescente. Esta lei ilustra os conceitos de Alienação Parental e de Atos de Alienação Parental, sendo que o primeiro corresponderia a qualquer ação de um dos responsáveis para que o menor rejeite o outro progenitor, enquanto o segundo consideraria atos isolados, previstos em lei, nos quais há a intenção de afastar o infante do convívio com o outro adulto. Estas ações conceberiam: realizar campanhas de desqualificação do genitor, dificultar o exercício da autoridade parental, impossibilitar o contato do filho com o outro responsável, inibir o direito de convivência familiar, omitir do outro cuidador informações relevantes sobre o menor, apresentar falsas denúncias contra o antigo cônjuge e sua família e mudar de residência para um local distante sem justificativa e buscando dificultar a convivência do infante e seu familiar.

Brockhausen (2012) destaca a relevância de apontar que os conceitos utilizados na lei não equivalem à teoria proposta por Gardner, embora essa tenha sido utilizada para a formulação daquela. Nesse sentido, é estabelecido que a prática de ato de Alienação Parental constitui abuso moral contra as crianças e adolescentes e que, uma vez declarados indícios de tal conduta, o magistrado pode, para assegurar a integridade física ou psicológica destes, eventualmente declarar que as visitas sejam assistidas. Para que ocorra tal determinação o juiz designará perícia psicológica ou estudo social. Caso haja a caracterização de atos típicos de Alienação Parental, a legislação institui penalidades para o alienador, como: advertência, multa, acompanhamento psicológico, inversão da guarda, até a suspensão da autoridade parental.

O fenômeno da alienação parental

A literatura aponta duas terminologias distintas para os responsáveis envolvidos neste fenômeno, de forma que o genitor que procura afastar a criança do convívio do outro é reconhecido como o progenitor alienador enquanto o outro que perde o contato com o filho é identificado como o alienado. O alienador é geralmente aquele que detém a custódia e esse papel, em sua maioria, é desempenhado pelas mães (Fonseca, 2006). Os comportamentos alienadores tendem a ser inconscientes ou retratados de formas socialmente aceitáveis, sendo comum denegrir o genitor alvo, assim como interferir no contato dele com o filho. Essas práticas, apesar de dirigidas aos mesmos objetivos, possuem diferentes motivações, as quais podem ser resultado de determinadas circunstâncias, como as características da personalidade do genitor alienador, as dificuldades de relacionamento entre os pais ou a busca por algum tipo de vingança contra o antigo cônjuge (Vassilou& Cartwright, 2001).

A Alienação Parental (AP) compreende uma ampla variedade de comportamentos associados à alienação da criança por um dos cuidadores. Este fenômeno abrange a reação do filho em rejeitar o relacionamento com um dos pais (Brenet, 2008; Brockhausen, 2012). A resistência em relação às visitas de um dos genitores, contudo, pode estar relacionada a diversos fatores e não necessariamente à Alienação Parental. Durante um processo de desenvolvimento normal as crianças são capazes de experimentar uma preferência por um dos pais, a qual pode mudar com o decorrer do tempo e ainda oscilar entre os adultos, dependendo do estágio do desenvolvimento infantil (Brenet, 2008). Há situações em que o menor demonstra-se incomodado com o responsável que iniciou o divórcio, julgando que somente este seria o culpado pela separação. O hábito de criticar o outro progenitor na frente dos filhos é comum entre os adultos que estão neste contexto, sendo que as crianças podem acreditar nestas denúncias e acabam, de alguma forma, alienados por estes responsáveis. Os infantes tendem, também, a se tornar alienados em razão de terem vivenciado abusos físicos, emocionais, sexuais ou situações de negligência (Gardner, 2002). As práticas alienantes podem ser dirigidas também a outras pessoas, como em circunstâncias em que o responsável demonstra comportamentos antissociais, narcisistas ou de dependência química. Desta forma, uma parentalidade debilitada viabiliza a ocorrência da AP direcionada aos filhos. Estas manifestações, porém, não se equivalem à Síndrome da Alienação Parental, na qual as críticas ao outro pai levam à exclusão completa do convívio com a criança.

O que deve ser avaliado?

A *American Psychological Association* publicou em 1994 orientações para psicólogos que conduzem avaliações nos contextos de disputa de guarda (Ackerman, 1994). Foram destacados alguns fatores que devem ser considerados ao avaliar os melhores interesses das crianças, os quais consideram todos os integrantes familiares. Incluem-se: (a) a avaliação das capacidades parentais dos adultos, considerando seus conhecimentos e habilidades ou a falta deles; (b) uma análise das necessidades funcionais e psicológicas de cada criança, assim como os desejos delas; (c) antever se as habilidades funcionais de cada pai correspondem às necessidades dos filhos, considerando a interação entre eles. Também devem ser avaliados os valores de cada genitor relevantes para a parentalidade, a habilidade de planejar as futuras necessidades dos menores, a capacidade de propiciar um lar amoroso e estável, assim como qualquer comportamento inapropriado em potencial que possa influenciar os filhos.

Posteriormente, a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1997) publicou os Parâmetros Práticos para a Avaliação de Guarda, que considerou a Alienação Parental em suas recomendações. Sugeriu-se que diante deste fenômeno é importante que o profissional responsável pela avaliação construa hipóteses acerca das origens e significados dos comportamentos e consequências envolvidas. Considerou-se que às vezes sentimentos negativos em direção a um dos genitores podem ser catalisados e nutridos pelo outro pai e, em outros casos, eles são o resultado de sérios problemas no relacionamento com o genitor rejeitado.

No contexto brasileiro constata-se a falta de instrumentos e técnicas de avaliação específicos para o âmbito forense, o que aponta uma demanda emergente para a realização de estudos de adaptação ou construção de testes psicológicos (Lago *et al.*, 2010; Rovinski, 2007). Diante desta lacuna, Lago e Bandeira lançaram em 2013 o Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental (SARP), que corresponde a um conjunto de técnicas para avaliar a qualidade do relacionamento entre crianças e seus responsáveis. O SARP originalmente se dispunha a subsidiar recomendações para processos de disputa de guarda e regulamentação de visitas, contudo o construto de relacionamento parental pode englobar diferentes demandas decorrentes de processos nas Varas de Família e Juizados da Infância e da Adolescência. As autoras identificaram o conceito de relacionamento parental como a capacidade dos pais em atender às necessidades de cuidados, proteção, afeto, educação e lazer de seus filhos. Esta

definição aproxima-se da compreensão do que seria a competência parental, de forma que ambos os construtos correspondem às potencialidades dos pais para contribuir com o desenvolvimento saudável e o bem-estar de seus filhos (Budd, 2005; Pereira & Alarcão, 2011).

O SARP destina-se à avaliação dos genitores e seus filhos. Abrange três técnicas: a Entrevista SARP, o protocolo de avaliação infantil “Meu Amigo de Papel” e a Escala SARP. Todas as etapas devem ser realizadas de forma individual com os participantes, respeitando-se os materiais reservados aos adultos e aqueles específicos para as crianças. O protocolo de avaliação infantil “Meu Amigo de Papel” destina-se a infantes em idade escolar, compreendendo uma população com idade entre cinco e doze anos de idade.

Inicialmente se sugere a realização de um roteiro de anamnese que inclui questões sobre a família de origem da criança, a história do relacionamento conjugal e o nascimento e desenvolvimento dos filhos. Em seguida deve-se realizar a Entrevista SARP, que é organizada de forma semiestruturada e composta por 32 questões criadas a partir da revisão de literatura sobre o tema. A entrevista busca levantar informações acerca de: rotina diária da família, rotina do final de semana da família, alimentação, responsabilidade sobre os cuidados com a higiene da criança, responsabilidade sobre os cuidados com a criança em caso de doença, rotina escolar, conhecimento do genitor sobre as amizades da criança, contato atual do genitor com a criança, rede de apoio familiar para auxiliar nos cuidados com o infante, rede de apoio social, estabelecimento de limites, estrutura material do genitor e motivação para ficar com a guarda.

O protocolo “*Meu Amigo de Papel*” corresponde a um material gráfico destinado às crianças, na faixa etária entre cinco e doze anos. Ele torna possível a participação do infante no processo de disputa de guarda, por meio da expressão de suas opiniões e desejos. É uma metodologia que também informa os participantes, com uma linguagem apropriada para suas idades, sobre o que está acontecendo e esclarecendo que os filhos não serão responsabilizados pela decisão final do juiz. A escuta das crianças possibilita ao avaliador confrontar as informações obtidas por meio dos pais, a partir da perspectiva dos dados colhidos através de diferentes participantes.

Ao final das entrevistas e da realização do protocolo “*Meu Amigo de Papel*” deve-se pontuar a Escala SARP, que é dividida em dois eixos principais: competências parentais e necessidades dos filhos. O primeiro eixo organiza-se a partir de cinco dimensões: relação interparental, características afetivo emocionais, cuidados básicos,

proteção frente a riscos reais e sistema de normas e valores. O eixo referente às necessidades dos filhos divide-se em três dimensões: segurança emocional, desenvolvimento de identidade e educação e lazer. A escala é organizada em 26 itens, que devem ser pontuados pelo avaliador de acordo com a adequação ao relacionamento parental, de acordo com as opções 0 (NA- não se aplica ou não foi possível avaliar), 1(baixo), 2 (médio) e 3 (alto) (Lago & Bandeira, 2013).

O SARP, devido à possibilidade de utilização em diferentes casos, pode ser aplicado em outros contextos de avaliação em que se objetiva investigar a relação parental, como casos de adoção, de perda do poder familiar e de Alienação Parental. Essas utilizações, contudo, necessitam passar por modificações e adaptações da Entrevista SARP e do “Meu Amigo de Papel”. O objetivo deste estudo é elucidar quais informações levantadas na Escala SARP podem contribuir especificamente com avaliações de suspeita de Alienação Parental. As análises apresentadas consideraram as descrições dispostas no manual do SARP e as apreciações da literatura sobre as características deste fenômeno. Desta forma, a discussão será feita somente dos itens da escala SARP que estão diretamente relacionados a este contexto.

Itens da Escala SARP que auxiliam na avaliação da Alienação Parental

O Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental parte teoricamente dos pressupostos da Teoria Familiar Estrutural, na qual as características de um sujeito estão relacionadas às formações dos processos de interação familiar. Desta forma, para avaliar o relacionamento parental e, conseqüentemente, a Alienação Parental, faz-se necessário considerar os padrões transicionais da família (Minuchin, 1982). Evidenciam-se três construtos fundamentais nesta compreensão: estrutura, subsistemas e fronteiras (Nichols& Schwartz, 2007). A estrutura corresponde aos padrões de interação organizados entre os integrantes da organização familiar. Os subsistemas representam a disposição de características como geração, gênero e interesses em comum, formando assim, os subsistemas conjugal, parental e fraternal. As fronteiras são as barreiras responsáveis pela regulação da interação entre os sujeitos, subsistemas e a família enquanto um todo.

A dimensão da **Relação Interparental** conceituada na Escala SARP considera itens da Entrevista SARP que investigam aspectos do subsistema conjugal que influenciam diretamente o sistema parental. Concebe-se, portanto, que o relacionamento entre os genitores influencia o relacionamento entre pais e filhos (Erel&Burman, 1995).

Os seis itens avaliados na dimensão da **Relação Interparental** são: *Apoio material do genitor ao parceiro no período pré-separação (1)*, *Apoio emocional do genitor ao parceiro no período pré-separação (2)*, *Conflito conjugal pré-separação (3)*, *Comunicação com o outro genitor (4)*, *Flexibilidade em relação aos contatos do filho com o outro genitor (5)*, *Comportamentos de desqualificação parental (6)*. Destes, quatro podem contribuir especificamente para avaliações em casos de suspeita de Alienação Parental: *Conflito conjugal pré-separação (3)*, *Comunicação com o outro genitor (4)*, *Flexibilidade em relação aos contatos do filho com o outro genitor (5)*, *Comportamentos de desqualificação parental (6)*.

O item “*Conflito conjugal pré-separação*” corresponde aos possíveis prejuízos que emergem na relação parental em decorrência das desavenças vivenciadas no subsistema conjugal. A literatura aponta a grande presença destes atravessamentos em contextos de Alienação Parental, sendo que os atritos decorrentes da separação dos adultos podem ser transpostos aos filhos em ações como a realização de campanhas de difamação (Brockhausen, 2012; Fonseca, 2006; Gardner, 2002). Este item relaciona-se diretamente com os itens “*Comunicação com o outro genitor*” e “*Flexibilidade em relação aos contatos do filho com o outro genitor*”, pois há uma proporcionalidade entre a intensidade do conflito entre os responsáveis e a fragilidade da comunicação entre eles (Peck & Manocherian, 2001). O não compartilhamento de informações referentes aos aspectos da vida dos filhos, como escola, saúde e amigos, dificulta a realização de combinações entre os progenitores, de forma que comumente só um dos responsáveis realiza as decisões em relação à criação do infante.

A “*Flexibilidade em relação aos contatos do filho com o outro genitor*” é outro item característico das dinâmicas de Alienação Parental, quando evidenciada uma pontuação baixa, ou seja, inadequada ao relacionamento parental. No contexto da AP é esperado que um dos responsáveis dificulte o convívio entre o antigo cônjuge e a criança, como consequência das desavenças da separação. É relevante salientar que, embora existam determinações judiciais referentes às visitas e a guarda, deseja-se que as combinações entre os adultos considere o melhor interesse da criança. Exemplo: um casal acordou que as visitas dos filhos ao pai ocorreriam quinzenalmente, mas em determinado ano a data do dia dos pais caiu no final de semana da mãe. Esta demonstrou-se irredutível em relação aos filhos passarem o dia dos pais com ele, mesmo havendo a solicitação das crianças para ficar o pai.

Outro forte indicativo para a identificação de Alienação Parental seria uma alta pontuação no item *“Comportamentos de desqualificação parental (6)”*. Os contextos de separação litigiosa, em que há a presença de ressentimentos e mágoas entre os adultos, podem colocar em risco o desenvolvimento psicológico dos filhos, quando estes são colocados em conflitos de lealdade (Wallerstein & Kelly, 1980). Exemplos destes comportamentos seriam as tentativas de enfraquecimento do contato do filho com o outro responsável, através da recusa de informações sobre a criança ou da desvalorização do outro genitor.

A dimensão **Características afetivo emocionais** considera os itens: *Interferência do estado emocional do genitor na relação parental (7)* e *Manifestações de afeto do genitor (8)*. Para avaliar suspeitas de Alienação Parental é relevante enfatizar o item *“Interferência do estado emocional do genitor na relação parental”*. Evidencia-se que o período que compreende o divórcio suscita um estado mais elevado de vulnerabilidade emocional nos envolvidos, permeado por estresse, depressão, ansiedade e ambivalência (Peck & Manocherian, 2001). Assim sendo, mágoas, estresse e rancores da relação conjugal podem interferir na relação pais-filhos, sendo uma característica evidenciada no fenômeno da alienação parental.

A dimensão **Cuidados básicos** busca compreender como cada genitor participa das atividades cotidianas dos filhos. Os quatro itens que compõem esta dimensão podem auxiliar na compreensão do fenômeno da Alienação Parental, sendo possível obter parâmetros de como era o comprometimento dos adultos com as crianças antes e após o divórcio. Divergências entre os dados dos itens *“Envolvimento nas atividades diárias do filho antes da separação (9)”* e *“Envolvimento nas atividades diárias do filho depois da separação (10)”* podem elucidar a existência de um quadro de alienação, quando há a diminuição na participação de um dos genitores nos cuidados, em razão da obstaculização, por parte do alienador, de contato entre alienado e filho (Gardner, 2002).

A escala SARP possibilita a análise da participação dos pais nos cuidados dos infantes considerando tanto o envolvimento quanto o conhecimento dos eventos cotidianos da criança. O item *“Conhecimento acerca dos cuidados básicos do filho (11)”* permite que sejam considerados os casos em que os cuidadores não podem participar efetivamente da rotina das crianças, devido a suas atividades laborais ou ao fato de estarem deterem a guarda. Desta forma, pontuações altas neste item permitem compreender a implicação dos pais em relação aos filhos, mesmo quando o contato

diário não é possível, assim como, evidenciam a existência de uma boa comunicação com o outro responsável.

O último item desta dimensão, “*Sustento financeiro (12)*”, é entendido como um cuidado que os adultos devem ter em relação às crianças. Usualmente os genitores que detêm a guarda impedem que o outro responsável tenha contato com o filho quando as combinações referentes aos alimentos não estão sendo cumpridas. Apesar desta responsabilidade ser relevante, o seu descumprimento não interfere no direito/dever de convivência entre pais e filhos. A pontuação deste item não auxilia especificamente as avaliações de Alienação Parental, mas esta crença é comumente utilizada pelo genitor alienador como uma explicação para o afastamento do infante de seu outro cuidador.

A dimensão **Proteção frente a riscos reais** abrange as relações interpessoais e a suas organizações hierárquicas diante dos subsistemas familiares (Nichols & Schwartz, 2007). Ela delimita os papéis de cada integrante, possibilitando que haja clareza do dever dos pais em se responsabilizar por seus filhos. Os itens considerados nesta dimensão são “*Proteção frente a riscos reais na rede de apoio (13)*”, “*Proteção frente a riscos reais com o outro genitor e familiares (14)*” e “*Monitoramento das relações sociais (15)*”. No contexto de Alienação Parental, os itens 13 e 14 podem ser considerados de forma minuciosa, pois uma pontuação baixa neles poderá indicar a existência desta dinâmica. Uma alta pontuação nestes itens indica que a proteção está sendo realizada de forma adequada, sendo que tanto a escassez quanto o excesso deste cuidado são pouco pontuados. Nos casos mais graves a campanha difamatória extrapola a figura do genitor alienado, de forma que o convívio da criança com a família e amigos deste responsável também é afetado (Madaleno & Madaleno, 2014). A proteção frente a riscos reais, quando aplicada de forma exagerada pelo genitor alienador pode ser um indicativo complementar ao item “*Comportamentos de desqualificação parental (6)*”.

A dimensão **Segurança emocional** avalia a adequação das práticas parentais voltadas ao desenvolvimento e à socialização das crianças através dos itens “*Consistência parental (19)*”, “*Manifestações de afeto do filho para com o genitor (20)*” e “*Comunicação com o filho (21)*”. O desenvolvimento infantil demanda dos cuidadores o estabelecimento de limites e, ao mesmo tempo, autonomia, através de um ambiente que provenha autoridade parental e segurança (Minuchin & Fishman, 2003). O primeiro item a ser observado nesta dimensão é “*Consistência parental*”, que considera a importância da comunicação, integrando o cumprimento de combinações e promessas. Este comportamento contribui para o estabelecimento de segurança

emocional dos infantes. Uma análise qualitativa da pontuação deste item pode caracterizar comportamentos de Alienação Parental. Exemplo: O genitor não-guardião combina uma visita com o filho, mas não cumpre com isso. A responsável, então, comunica para a criança que o pai não virá. Essa situação difere daquela em que o progenitor combina uma visita com a criança, mas a genitora não permite a concretização disso e conta para o filho que o pai não cumpriu o combinado.

Os itens “*Manifestações de afeto do filho para com o genitor*” e “*Comunicação com o filho*”, quando pontuados como inadequados, demonstram indícios consideráveis para a existência de uma dinâmica alienante. O relacionamento da criança com o genitor alienado tende a ser prejudicado, em decorrência da campanha difamatória do genitor alienador (Brenet, 2008; Madaleno & Madaleno, 2014). Este pode modificar as lembranças e percepções prévias do infante em relação ao outro cuidador, de forma que, o repúdio ao convívio com ele adquira um forte teor emocional.

O **Desenvolvimento da identidade** é uma dimensão que considera a importância da criança ser reconhecida pelos genitores. O item desta dimensão que interessa para avaliação da alienação parental é “*Identidade pessoal (22)*”. O desenvolvimento da identidade depende da cooperação dos pais. Os filhos demandam diferentes cuidados parentais ao longo de seu desenvolvimento, sendo necessário o acompanhamento das mudanças e adequação das responsabilidades parentais (Nichols & Schwartz, 2007). Os sentimentos de aceitação, desta forma, são cruciais para o estabelecimento da autonomia do infante. O contexto de Alienação Parental interfere neste processo, pois as crianças podem não se sentir aceitas pelo genitor alienado (Madaleno & Madaleno, 2014). Desta forma, uma baixa pontuação no item “*Identidade pessoal (22)*” pode indicar a existência desta dinâmica.

A dimensão **Educação e lazer** engloba os itens “*Educação formal (24)*”, “*Participação nas atividades escolares (25)*” e “*Atividades recreativas (26)*”. A integração da criança ao ambiente escolar demanda a participação dos cuidadores, exigindo que a família desenvolva estratégias para acompanhar as tarefas escolares e seguir as regras deste novo sistema (Minuchin & Fishman, 2003). Esta participação é fundamental, pois influencia a dedicação e o desempenho dos filhos nos estudos. Além da educação formal, é necessário que os genitores participem de atividades recreativas junto aos infantes, o que facilita o desenvolvimento cognitivo, o ajustamento interpessoal e o desempenho escolar. No caso das avaliações de Alienação Parental destacam-se baixas pontuações nos itens “*Participação nas atividades escolares*” e

“Atividades recreativas”, quando a não participação é consequência de outros indícios averiguados no restante da escala.

Considerações Finais

Objetivou-se, por meio da discussão de alguns itens da Escala SARP, elucidar aspectos relevantes de serem investigados quando diante de uma suspeita de alienação parental. Embora derivados de uma escala, usada como uma medida quantitativa para avaliar o relacionamento parental, resta evidente a importância da análise qualitativa de cada item apontado. A dinâmica familiar envolvida em cada caso merece uma avaliação minuciosa e contextualizada, investigando aspectos que perpassam o histórico do casal, a ruptura da relação conjugal e, conseqüentemente, a qualidade da relação pais-filhos no momento em que essa família apresenta-se para uma perícia psicológica. Por fim, vale destacar que as autoras não entendem a alienação parental como um diagnóstico, mas sim, como um processo, que abrange diferentes etapas e caracteriza-se por um conjunto de comportamentos e intenções, derivados de relações familiares tumultuadas.

Referências

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for child custody evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 57–68.
- Ackerman, M. J. (1994). American Psychological Association Guidelines for Child Custody Evaluations in Divorce Proceedings. *AM. J. FAM. L.*, 8, 129-34.
- Baker, A. J. (2007). Knowledge and attitudes about the parental alienation syndrome: A survey of custody evaluators. *The American Journal of Family Therapy*, 35(1), 1-19.
- Bernet, W. (2008). Parental Alienation Disorder and DSM-V. *The American Journal of Family Therapy*, 36, 349-366.
- Brasil. (2010). *Lei 12.318 de Agosto de 2010*. Institui o Código Civil. Brasília: Senado Federal.
- Brockhausen, T. (2012). Alienação parental caminhos necessários. *Psicologia ciência e profissão*, 9, 15-16.
- Erel, O.; Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108-132.

- da Fonseca, P. M. P. C. (2006). Síndrome de alienação parental. *Pediatrics (São Paulo)*, 28(3), 162-8.
- Gardner, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. In *Academy forum* (Vol. 29, No. 2, pp. 3-7).
- Gardner, R. A. (2002). Parental Alienation Syndrome vs. parental alienation: which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? *American Journal of Family Therapy*, 30(2), 93-115.
- Lago, V. M.; Amaral, C.E.S.; Bosa, C.A.; Bandeira, D.R. (2010). Instrumentos que avaliam a relação entre pais e filhos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20, 330-341.
- Madaleno, R.; Madaleno, A.C. (2014). *Síndrome de Alienação Parental: a importância de sua detecção com seus aspectos legais e processuais*. Rio de Janeiro: Forense.
- Minuchin, S. (1982). Um modelo familiar. In: S. Minuchin. *Famílias: funcionamento e tratamento*. (pp.52-69). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S.; Fishman, C. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nichols, M.P.; Schwartz, R.C. (2007). Terapia familiar estrutural. In M.P. Nichols; R.C. Schwartz, *Terapia Familiar: conceitos e métodos* (pp.181-204). Porto Alegre: Artmed.
- Peck, J.S.; Manocherian, M. S. (2001). O Divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar. In B. Carter; M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 291-320). Porto Alegre: Artmed.
- Vassiliou, D., & Cartwright, G. F. (2001). The lost parents' perspective on parental alienation syndrome. *American Journal of Family Therapy*, 29(3), 181-191.
- Walker, L. E., & Shapiro, D. L. (2010). Parental alienation disorder: why label children with a mental diagnosis? *Journal of child custody*, 7(4), 266-286.
- Wallerstein, J.; Kelly, J.B. (1980). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.

Interferências da hipervigilância e de sintomas depressivos no desempenho interpessoal e acadêmico: Estudo de caso

Pedro Henrique Neves
Ida Celine Gonçalves Santos
Domenica de Melo Silva
Sandra de Fátima Barboza Ferreira;
Universidade Federal de Goiás
Ana Cristina Resende
Instituto Goiano de Avaliação Psicológica (IGAP)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Resumo: Pesquisas constataram que hipervigilância e sintomas depressivos interferem na memória de trabalho e, consequentemente, na aprendizagem acadêmica e relacionamentos interpessoais. O objetivo desse estudo foi realizar um psicodiagnóstico para encaminhamentos e planejamentos de tratamentos mais adequados. Trata-se de um estudo de caso de uma jovem de 19 anos, com queixas de dificuldades interpessoais e prováveis déficits cognitivos. Em suas entrevistas destacaram-se os seguintes fatos: ter sido uma criança muito medrosa, e brigona, sua mãe ter colocado comida em sua boca até os 12 anos, ter tido dois desmaios e se trancado no banheiro da escola por várias horas. A examinanda também reclamou que sofre bullying desde os 11 anos no colégio. Posteriormente, foi submetida à WAIS-III e ao método de Rorschach SC. Os resultados da WAIS foram quase todos medianos, com exceção do índice de memória operacional e do resultado no subteste de aritmética, nos quais as pontuações foram abaixo da média. Com relação à linguagem, revelou prolixidade e curso do pensamento comprometido. No Rorschach destacaram-se a hipervigilância (HVI positivo), sintomas depressivos (DEPI= 5), traços de personalidade passivo-agressivo, prejuízos na capacidade de pensar de modo lógico e coerente, bem como falta de motivação para mudar sua forma de pensar, sentir ou agir. Conclui-se que o problema central parece ser o fato da examinanda revelar-se egossintônica, assim, apesar das dificuldades, ela não revela qualquer sofrimento subjetivamente sentido e necessidade mudar sua forma passiva de se pensar e se comportar. Sua hipervigilância e sintomas depressivos podem ser o resultado dos anos sofrendo bullying. Observou-se também que a incapacidade de controlar pensamentos intrusivos negativos – relacionados com a necessidade de se proteger – estão prejudicando sua capacidade de atenção e memória de trabalho, o que consequentemente interfere no seu desempenho acadêmico.

Palavras-chave: *hipervigilância; depressão; WAIS-III; Rorschach.*

Introdução

Pesquisas indicam que a hipervigilância e os sintomas depressivos interferem na memória de trabalho e podem, consequentemente, trazer prejuízos funcionais que se manifestam como dificuldades de aprendizagem acadêmica e nos relacionamentos interpessoais (Schweizer & Dalglish, 2016; Hubbard, Hutchison, Turner, Montroy, Bowles, & Rypma, 2016). Os sintomas de hipervigilância caracterizam-se por um estado de alerta contínuo, provocando o exame exaustivo do ambiente a fim de detectar potenciais fontes de perigo (Freeman, Garety & Phillips, 2000). Este sintoma tem sido associado a várias condições nosológicas, principalmente a quadros relacionados aos Transtornos de Ansiedade e suas variações (Wieser, Pauli, Weyers, Alpers & Mühlberger, 2008).

Há estudos enfocando o papel da hipervigilância em indivíduos diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Ansiedade Generalizada e

Transtorno Obsessivo Compulsivo (Bandelow, Koch, Zimmermann, Biesold, Wedekind & Falkai, 2012; Bögels & Mansell, 2004). O contínuo estado de apreensão, característico deste sintoma, pode afetar significativamente a adaptação do indivíduo ao ambiente, prejudicando as relações interpessoais, gerando esquiva das situações sociais, além de provocar emoções disfóricas.

A combinação de sintomas depressivos com hipervigilância pode ocasionar prejuízos ainda mais incapacitantes, com repercussões em vários sistemas neuropsicológicos, especialmente na Memória Operacional (Hubbard, Hutchison, Turner, Montroy, Bowles, & Rypma, 2016). Gazzaniga, Ivry & Mangun (2006) definem Memória Operacional como “a capacidade limitada de reter a informação por um curto período e realizar operações com o conteúdo armazenado” (p. 329), se apoiando em dois sistemas: a alça fonológica (ligada a aspectos verbais) e o esboço visuoespacial, ambos controlados pelo mecanismo central executivo. Muitas vezes a Memória Operacional é confundida com atenção pelas similaridades entre os sistemas, que se utilizam das mesmas bases cerebrais, relacionadas com os córtices frontal e parietal (Nobre & Stokes, 2011).

Este subtipo de memória é essencial nas atividades da vida cotidiana, como a leitura, escrita, aritmética, orientação e imaginação, e seus prejuízos estão essencialmente ligados com as dificuldades de aprendizagem (Lanfranchi & Carretti, 2016). Desse modo, tanto a hipervigilância como sintomas depressivos podem prejudicar o desempenho escolar, provocando reprovações e baixo rendimento.

As causas do sintoma de hipervigilância muitas vezes são atribuídas a eventos traumáticos, situações de constantes humilhações, além de relacionadas com alguma disfunção cerebral, como na epilepsia. Desse modo, é de fundamental importância a realização de uma criteriosa avaliação, a fim de determinar as possíveis causas dos sintomas e fornecer os encaminhamentos adequados.

As contribuições da Psicologia podem advir do Psicodiagnóstico, definido por Krug, Trentini & Bandeira (2016) como um processo científico de análise e intervenção clínica, que se utiliza de técnicas psicológicas (entrevistas, testes psicométricos, técnicas projetivas, dinâmicas de grupo) objetivando estabelecer um diagnóstico psicológico, considerando as forças e fraquezas do indivíduo, sob alguma perspectiva teórica.

Objetivo

O objetivo do trabalho é explicitar, a partir de um estudo de caso, como as queixas de dificuldades de aprendizagem e de déficits interpessoais podem se manifestar como sinais de hipervigilância e alterações no funcionamento da memória operacional, utilizando-se técnicas de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.

Método

Histórico do Caso

O presente trabalho apresenta o estudo de caso de uma jovem, solteira, 19 anos, concluinte do Ensino Médio. A paciente foi encaminhada para a Avaliação Psicológica devido às falhas no processo de aprendizado escolar, além de dificuldades nos relacionamentos interpessoais. A família procurou atendimento psicoterápico há um ano e meio por encaminhamento da escola, que solicitou um laudo para atestar se a aluna possuía algum prejuízo cognitivo.

Sobre os dados extraídos da Anamnese tem-se um histórico de gravidez com intercorrências emocionais e nascimento por parto normal, a termo. O desenvolvimento neuropsicomotor aconteceu conforme o esperado. Em relação à saúde, foi hospitalizada quando tinha 2 anos por cerca de um mês, diagnosticada com sopro no coração. Foi recorrente o quadro alérgico durante a infância, persistindo os sintomas até os 13 anos de idade.

O relacionamento interpessoal durante a infância foi restrito à família, em razão das decisões maternas. A mãe refere que a filha, quando criança, era medrosa, quieta, silenciosa e brigona. Recebeu alimentação na boca até os 12 anos idade, uma vez que a mãe suspeitava de déficits intelectuais. O processo de escolarização iniciou-se com 6 anos de idade, e desde então, tem tido dificuldades na aquisição do conhecimento, com o histórico de reprovação.

A paciente relata que o fato de ser muito tímida e introvertida está entre suas principais dificuldades, além de sofrer *bullying* no ambiente escolar. Afirma que é constantemente chamada pelos colegas de “doida, feia e esquisita”, e que é desacreditada pelos professores e outros funcionários da instituição ao relatar tais fatos. A jovem conta que por muitas vezes se trancou no banheiro, arranhando-se e cortando-se para sentir alívio. Considera como acontecimento contribuinte para o surgimento da dificuldade enfrentada os conflitos existentes entre os pais, a ausência paterna e a

dúvida quanto a paternidade. Estes dados referidos não encontram confirmação entre os familiares. Além disso, há relatos de desmaios no ambiente escolar nos últimos anos.

Instrumentos

- Entrevista de anamnese: utilizada para recolher a história de vida da paciente, suas queixas e dificuldades principais, com vistas a selecionar os instrumentos apropriados para o caso (Carretoni & Prebianchi, 1999).

- Escala Wechsler de Inteligência para adultos – 3.^a Edição - WAIS III: Escala composta por 14 subtestes para avaliação das habilidades cognitivas. Utilizada em avaliações psicológicas e neuropsicológicas, sendo indicada para a população de adolescentes (com idades acima de 16 anos) e adultos, nos contextos clínico, educacional e de pesquisa (Nascimento, 2004).

- Teste de Atenção Concentrada - D2: instrumento construído para avaliar aspectos da atenção concentrada visual. Padronizado para a população de 9 a 52 anos (Brinckenkamp, 2000).

- Teste de desempenho escolar - TDE: técnica que busca mensurar de maneira objetiva alguns dos aspectos fundamentais para o desempenho escolar (escrita, aritmética e leitura). A faixa etária abrange a avaliação de estudantes da 1^a a 6^a séries do Ensino Fundamental, ainda que possa ser utilizado com algumas reservas, para a 7^a e 8^a séries (Stein, 1994). O instrumento foi utilizado para a avaliação qualitativa, uma vez o histórico de dificuldades escolares foi recorrente na vida da paciente, e havia prejuízos escolares relacionados às características aferidas pelo teste, mesmo levando em conta o grau de escolaridade da jovem.

- Teste House-Tree-Person - HTP: técnica expressiva gráfica, destinada para sujeitos maiores de oito anos, que visa compreender aspectos da personalidade, expressões vivenciais e áreas de conflito. É proposto que o sujeito desenhe sequencialmente uma casa, uma árvore e uma pessoa, utilizando lápis e borracha. Após tal etapa, são propostos um inquérito e desenhos cromáticos (Buck, 2003).

- Método de Rorschach - Sistema Compreensivo: instrumento objetivo, psicométrico e projetivo composto por 10 pranchas com manchas de tinta pouco estruturadas. A maneira como o examinando estrutura suas respostas pode revelar aspectos cognitivos e afetivos subjacentes a seu mundo interno. A aplicação e a interpretação do teste seguiram as orientações padronizadas para o Sistema Compreensivo, considerando as normas para a população brasileira (Exner, 2003; Exner & Sendín, 1999; Nascimento, 2010; Weiner, 2000).

Procedimentos

A Avaliação Psicológica foi realizada em 7 sessões, sendo a entrevista de anamnese realizada nas duas primeiras, e a aplicação dos instrumentos nos atendimentos restantes. A administração, aplicação e correção dos instrumentos obedeceu às instruções contidas nos manuais, com exceção do TDE, que foi utilizado qualitativamente tendo em vistas às queixas relativas ao mal desempenho escolar, sendo que sua normatização é equivalente ao Ensino Fundamental.

Resultados

Durante o período avaliativo, a jovem compareceu às sessões sempre acompanhada de sua mãe e apresentou motivação variável, prevalecendo em algumas sessões o humor irritável, com pouca colaboração e em outras, mostrava-se mais solícita e disposta. Por duas vezes manteve-se no banheiro da clínica durante parte do horário destinado à sessão e observou-se que este tempo era destinado a rituais de embelezamento, como fazer maquiagem. Além disso, iniciava conversas durante a execução das atividades que, na maioria das vezes, escapavam à tônica ou ao objetivo da tarefa.

Testes relacionados à cognição

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos pela paciente na Escala de Inteligência para Adultos nos índices relacionados à compreensão verbal (ICV), índice de organização perceptiva (IOP), Índice de Memória Operacional (IMO) e o Índice de Velocidade de Processamento (IVP). O teste ainda oferece uma medida de Quociente de Inteligência Verbal, Quociente de Inteligência de Execução e QI total. Observa-se que a paciente apresentou desempenho dentro da média para QIV, QIT, ICV, IOP e IVP. No

fator aferido pelo Índice de Memória Operacional (IMO) o resultado ficou na classificação limítrofe, o que significa que esta habilidade se encontra prejudicada.

Tabela 1. Resultados dos índices fatoriais da WAIS III e do QI Total

	ICV	IOP	IMO	IVP	QIV	QIE	QIT
Ponto Composto	109	90	78	95	100	94	97
Ranking Percentil	73	27	7	39	50	34	42
Intervalo de Confiança	101-117	80-101	69-89	85-105	94-106	84-104	91-103
-95-%							
Classificação	Média	Média	Limítrofe	Média	Média	Média	Média

A figura 1 ilustra os resultados apresentados nos subtestes da Escala Verbal: Vocabulário (V); Semelhança (S); Aritmética (A); Dígitos (D); Informação (I); Compreensão (C) e da Escala de Execução: Completar Figuras (CF); Código (CD); Cubos (CB); Raciocínio Matricial (RM); Arranjo de Figuras (AF) da WAIS-III (Nascimento, 2004). Observa-se que as piores pontuações estão relacionadas aos subtestes Aritmética (A), Sequência de Números e Letras (SNL), e Dígitos (D), que compõem o bloco de habilidades relacionadas ao fator Memória Operacional.

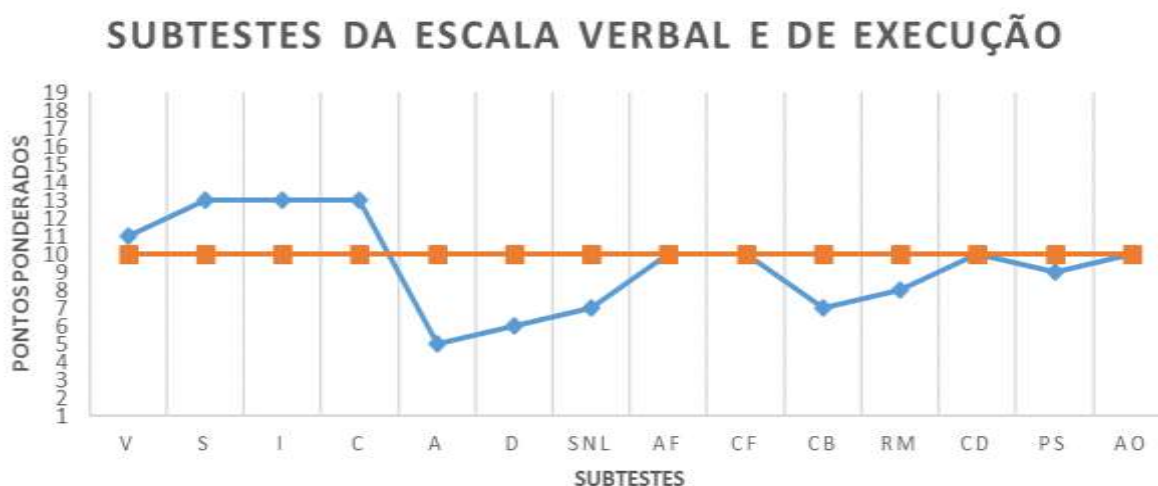


Figura 1- Desempenho nas Escalas Verbal e Execução da WAIS-III

A Tabela 2 ilustra o resultado obtido no teste de Atenção Concentrada D2 (Brickenkamp, 2000). Observa-se que a paciente comete mais erros que o esperado,

classificada como inferior em precisão (TE) e produtividade (RL), indicando desatenção na realização de tarefas. Esta tarefa exige manutenção de informações no sistema de memória operacional, visto que supõe a alternância de estímulos a serem rastreados.

Tabela 2: Teste D2 - Atenção Concentrada (Brickenkamp, 2000)

	RB	TE	RL	E%	AO
Pontos	417	26	391	6,2	18
Percentil	50	<5	40	25	50

A Tabela 3 indica os resultados apresentados no Teste de Desempenho Escolar - TDE (Stein, 1994). Este pressupõe que as habilidades mínimas de leitura, escrita e aritmética estejam consolidadas ao final dos 12 anos de idade, significando que qualquer resultado abaixo do teto em idade superior indica atraso na aquisição das habilidades acadêmicas.

Tabela 3: Teste de desempenho escolar – TDE - (Stein, 1994)

Resultados	Escore Bruto	Classificação	Previsão a partir da idade
Escrita	30	Médio	≥30
Aritmética	9	Inferior	≥23
Leitura	68	Médio	≥68
Total (EBT)	107	Inferior	≥119

Teste HTP (House-Tree-Person)

Por meio da técnica expressiva de avaliação de personalidade House-Tree-Person (Buck, 2003) a examinanda revelou frequentemente retraimento social, desconfiança das pessoas e controle paranoide sobre o contato interpessoal. Além disso, observou-se que, para lidar com essas limitações no contato com as pessoas, a examinanda tende a buscar refúgio na fantasia para obtenção de satisfação com o meio e realização de seus desejos de maneira não realista. Há também indícios de dificuldades de controle dos impulsos, tendência à labilidade emocional, ansiedade e agressividade.

A avaliação também apontou grande dependência em relação ao meio e infantilidade, o que corrobora os achados já descritos neste teste. Destaca-se ainda a preocupação com a aparência e produtividade, apontando desejo de superação e de alcançar conquistas em sua vida. Seus desenhos também indicaram sintomas de

depressão, de desencorajamento, sentimento de rejeição e desprezo, dependência do meio, além do medo de perder o controle sobre seus afetos e emoções e impulsos.

Método de Rorschach (Sistema Compreensivo)

As respostas da jovem ao teste indicam que ela está investindo muito mais esforço que o esperado no trabalho de processamento das informações ($Z_d = +3,5$; $Z_f = 15$; HVI positivo), captando muito mais dados do que ela consegue organizar de modo eficiente ($DQ+ = 2$ e $Blends = 2$). Isso acontece devido a necessidade de se manter em um constante estado de alerta e desconfiança em relação às pessoas e ao ambiente (hipervigilância), o que pode gerar insegurança, vulnerabilidade e comportamentos cada vez mais cautelosos nas relações interpessoais. Este estado hipervigilante pode ainda tornar a paciente confusa e desconfiada nas relações interpessoais. Além disso, pode desorganizar o pensamento lógico, bem como torná-la menos flexível ($L = 1,4$) e a predispor a ficar muito mais preocupada do que a maioria das pessoas com a inspeção exaustiva dos acontecimentos.

A jovem não apresenta qualquer distúrbio grave do pensamento ($PTI = 1$), mas manifesta prejuízos nos aspectos relacionados à ideação ($WSum6 = 24$; $MOR = 6$). Desse modo, tende a raciocinar de modo infundado ou arbitrário, em uma sequência de ideias incompreensíveis, divagações irrelevantes que comprometem o esforço em se fazer entender pelos demais. Tal fato pode estar relacionado à Hipervigilância (HVI), que faz com que a paciente se mantenha em elevado nível de alerta e interprete inadequadamente o que as pessoas fazem e falam.

Quanto aos aspectos afetivos, são notáveis os episódios de mau humor, tensão, ansiedade e tristeza na vida da paciente. Além disso, mostra-se menos disposta a se engajar em situações emocionalmente carregadas ($Afr = 0,48$ e $Blends = 2$), o que pode levá-la a retrair-se emocionalmente, prejudicando seus relacionamentos interpessoais. Todos estes aspectos podem servir como potencial para o desencadeamento de uma futura depressão crônica ($DEPI = 5$).

Percebe-se ainda o tom pessimista ($MOR = 6$) e pouco flexível de seus pensamentos ($a:p = 1:4$), o que faz com que tenha uma visão negativa de si e do meio, e acredite que tudo continuará ruim independente do que ela possa fazer, predispondo-a a vivenciar profundos momentos de tristeza frequentemente. Além disso, apega-se exageradamente a seus valores e convicções, e reluta em reavaliar sua postura ou crenças com base em novas informações.

Com relação à autopercepção, trata-se de uma pessoa com baixa autoestima e imagem pessoal bastante desvalorizada, traços característicos de alguém que não acredita em seus próprios recursos, com tendência a se comparar desfavoravelmente em relação aos outros, e que pode sentir-se vulnerável ao que as pessoas dizem ($Ego = 0,24$; $MOR = 6$).

No tocante às relações interpessoais, os resultados da prova indicam que a paciente apresenta interesse pelo que as pessoas fazem e falam, mas não no intuito de se envolver, mas proteger-se de um mundo que ela normalmente considera traiçoeiro, com as pessoas perigosas. Desse modo, apresenta dificuldades em confiar nos outros e está sempre preocupada em manter o seu espaço pessoal, sendo bastante cautelosa e distante em suas relações interpessoais ($HVI = 4$; $AG = 1$, $COP = 0$). Além disso, tende a perceber as pessoas de maneira parcial, focando apenas nas qualidades ou apenas nos defeitos, tendo uma visão mais distorcida das pessoas ($Hd > H$).

Há uma tendência a assumir um papel mais passivo nas relações com os demais, a ceder aos desejos dos outros e a permitir que tomem suas decisões. Quando se sente contrariada, pode responder com padrões de comportamento passivo-agressivo – caracterizado por mau humor, irritabilidade, impaciência, com ineficiência intencional e procrastinação.

Os dados do Rorschach indicam ainda que paciente apresenta maior nível de tolerância ao estresse quando comparada a seus pares, com a possibilidade de manter-se calma e equilibrada em situações consideradas como perturbadoras ou que envolvam aumento da tensão psíquica ($Nota D = 0$ e $AdjD = 1$). Assim, dada essa capacidade de manter-se egossintônica apesar de todos estes problemas que enfrenta, observa-se pouca motivação para mudar sua forma de pensar, sentir ou se comportar, o que pode prejudicar o processo psicoterapêutico.

Discussão

O objetivo deste estudo foi explicitar, a partir de um estudo de caso, como as queixas de dificuldades de aprendizagem e de déficits interpessoais podem se manifestar como sinais de hipervigilância e alterações no funcionamento da memória operacional, utilizando-se técnicas de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica. No tocante às suas dificuldades de aprendizagem, os dados apontaram que os déficits de memória operacional e atenção têm interferido prejudicialmente na aquisição de novos conhecimentos, embora o nível intelectual da examinanda seja mediano.

Os prejuízos na Memória Operacional podem ocasionar dificuldades na realização de tarefas por impedir que todas as informações necessárias para a execução estejam disponíveis no momento requerido (Lanfranchi & Carretti, 2016). Assim, é evidente que a jovem possui repertório verbal e perceptivo, e que, no entanto, há um fracasso na organização temporal dos eventos, bem como no esforço de concentração na realização das tarefas. Essas dificuldades ficaram evidentes na baixa produtividade exibida no Teste D2 e nos subtestes sensíveis à memória operacional: Aritmética e Sequência de Números e Letras da WAIS-III.

Durante a realização da avaliação, embora a paciente demonstrasse compreensão das instruções das provas, iniciava conversações irrelevantes afastando-se do foco e objetivos. Esta tendência de afastar-se dos objetivos apareceu também na produção, cuja expressão mantinha íntegras as *gestalts* das figuras, porém fortemente marcadas pela profusão de detalhes irrelevantes, corroboradas pelas sequências de ideias incompreensíveis e divagações irrelevantes que comprometiam o esforço da examinanda em se fazer entender no Rorschach (WSum6 = 24). Entende-se que tais alterações também traziam prejuízos funcionais no ambiente escolar, com baixas notas e uma reprovação.

Os déficits de memória operacional parecem estar relacionados com a mudança acelerada e excessiva do foco da atenção e a sobrecarga atencional advinda da hipervigilância e conteúdos de vivências persecutórias que competem com o foco das tarefas, prejudicando o desempenho da paciente nas atividades escolares. Esses resultados corroboram os estudos que encontram relação entre hipervigilância e alterações de memória operacional (Hubbard, Hutchison, Turner, Montroy, Bowles, & Rypma, 2016) e incentivam a triangulação de técnicas expressivas verbais, gráficas e práxicas no processo de Avaliação Psicológica.

Quanto à queixa de déficit interpessoal, a avaliação psicológica indicou que a examinanda apresenta sintomas de hipervigilância, como dificuldades em confiar nos outros e estar sempre preocupada em manter o seu espaço pessoal, sendo bastante cautelosa e distante em suas relações interpessoais. É bem provável que esses sintomas sejam consequência de seus problemas de saúde na infância e, posteriormente, das reiteradas experiência *bullying* que a adolescente vem experienciando ao longo de sua vida. O *bullying*, particularmente, parece ser o responsável por uma série de consequências em sua vida, como comportamentos autodestrutivos (Olafsen & Viemeröe, 2000), sintomas pós-traumáticos (Balducci, Fraccaroli, & Schaufeli, 2011)

afetando o seu bem-estar físico, social e emocional e deixando-a mais predisposta à vulnerabilidade (Miller, 2007).

Além disso, sua avaliação revelou padrões de comportamento passivo-agressivo – responde com mal-humor, irritabilidade, impaciência, com ineficiência intencional e procrastinação quando lhe é solicitado a fazer algo que não quer. É provável que se sinta trapaceada, desconsiderada e incompreendida nesse processo interpessoal. Dessa forma, tanto a hipervigilância quanto o seu comportamento passivo-agressivo podem interferir em sua capacidade de desfrutar relações agradáveis com os outros.

Diante do que foi exposto, entende-se que a psicoterapia da examinanda deverá se ater à essas questões explicitadas. Pessoas com sintomas de hipervigilância tendem a ter dificuldades especiais no estabelecimento do vínculo terapêutico, aspecto imprescindível para que a psicoterapia funcione. Por este motivo existe um grande risco de interrupção prematura. As mudanças deverão ser introduzidas lentamente para que a jovem sinta a situação menos ameaçadora e possa ir se comprometendo aos poucos. É possível que o uso imediato da introspecção e das relações sociais na fase inicial do tratamento faça com que a examinanda ofereça sérias resistências em permanecer no atendimento.

Embora neste momento não se tenha confirmação de um transtorno depressivo, supõe-se que a depressão pode instalar-se em médio prazo em função de vários aspectos identificados em sua personalidade: a baixa autoestima, as autocríticas negativas, os pensamentos pessimistas e o retraimento e isolamento social. Diante de todos esses aspectos, é possível que um transtorno depressivo secundário se desenvolva se não se introduzirem mudanças em seu funcionamento, o que pode ser considerado desfavorável em seu tratamento.

Referências

- Balducci, C., Fraccaroli, F., & Schaufeli, W. B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and posttraumatic stress symptoms: An integrated model. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(5), 499-513.
- Bandelow, B., Koch, M., Zimmermann, P., Biesold, K-H., Wedekind, D., & Falkai P. (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the German Armed Forces: a retrospective study in inpatients of a German army hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 262(6), 459–467.

- Bögels, S. M. & Mansel W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 827–856.
- Brinckenkamp, R. (2000). *Teste D2 - Atenção Concentrada: Manual: Instruções, Avaliação, Interpretação*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa, Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação*. (R. Cury, trad.). São Paulo: Vetor.
- Carretoni, F. H., & Prebianchi, B. H. (1999). *Exame Clínico Psicológico (Anamnese)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E., & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freeman, D, Garety P. A., & Phillips M. L. (2000). An examination of hypervigilance for external threat in individuals with generalized anxiety disorder and individuals with persecutory delusions using visual scan paths. *Human Experimental Psychology*, 53(2), 549-567.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R.B., & Mangun G.R. (2006). *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*. Porto Alegre: Artmed.
- Hubbard, N. A., Hutchison, J. L., Turner, M., Montroy J., Bowles, R. P., & Rypma, B. (2016). Depressive thoughts limit working memory capacity in dysphoria. *Cognition and Emotion*, 30(2), 193-209.
- Krug J. S., Trentini C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceituação de Psicodiagnóstico na atualidade. In: Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini C. M. & Krug J. S. (Orgs.). *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre: Artmed.
- Lanfranchi, S., & Carretti, B. (2016). Editorial: Improving Working Memory in Learning and Intellectual Disabilities. *Frontiers in Psychology*, 7, 725, 1-3.
- Miller, T. W. (2007). Trauma, change, and psychological health in the 21st Century. *American Psychologist*, 62, 889-898.
- Nascimento, E. (2004). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Nobre, A. C., & Stokes, M. G. (2011) Attention and short-term memory: crossroads. *Neuropsychologia*. 49(6), 1391-2.
- Olafsen, R. N., & Viemerøe, V. (2000). Bully/victim problems and coping with stress in school among 10 to 12 years old pupils in Åland, Finland. *Aggressive Behavior*, 26, 57-65.
- Schweizer, S., & Dalgleish T. The impact of affective contexts on working memory capacity in healthy populations and in individuals with PTSD. *Emotion*, 16(1), 16-23.
- Stein, L. M. (1994). *TDE, Teste de Desempenho Escolar: Manual para Aplicação e Interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. (M. C. V. M. Silva, trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wieser M. J, Pauli P., Weyers P, Alpers G. W., & Mühlberger. (2008) Fear of negative evaluation and the hypervigilance-avoidance hypothesis: an eye-tracking study. *Journal of Neural Transmission*. 116(6), 717-723.

O uso do SARP em crianças pré-escolares: Adaptação do protocolo *Meu Amigo de Papel*

Beatriz Cattani

Denise Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo: O Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental (SARP), instrumento de autoria de Lago e Bandeira (2013), não possui estudos que o tornem recomendável para crianças menores de cinco anos. O objetivo deste estudo foi desenvolver um protocolo para crianças entre três e cinco anos e que sirva, bem como o protocolo infantil *Meu Amigo de Papel*, como instrumento de análise do relacionamento parental sob a ótica da criança, auxiliando o profissional a preencher a Escala SARP, componente do instrumento. Nesta adaptação, foi desenvolvido o Roteiro Semidirigido da Atividade *Meu Amigo de Brinquedo*. Neste trabalho, objetivou-se apresentar as cinco etapas de construção do Roteiro.

Palavras-chave: *Sistema de Avaliação do Relacionamento parental, relacionamento parental, criança, avaliação psicológica.*

Introdução

O objetivo deste trabalho é retratar o processo de construção de um protocolo técnico para crianças entre três e cinco anos e que sirva como instrumento de análise do relacionamento parental sob a ótica da criança, auxiliando o profissional a preencher a Escala SARP (Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental, Lago & Bandeira, 2013), componente do instrumento. Nesta adaptação, foi desenvolvido o Roteiro Semidirigido da Atividade *Meu Amigo de Brinquedo*. Neste trabalho, objetivou-se apresentar as cinco etapas de construção do Roteiro.

Para a construção do protocolo de avaliação do relacionamento parental voltado para crianças de três a cinco anos foram necessárias quatro etapas, as quais tiveram início com a formação do grupo de estudos do SARP (Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental), parte integrante do GEAPAP (Grupo de Estudos, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). As etapas foram executadas na seguinte ordem: construção do protocolo, realização do estudo pré-piloto, envio do protocolo para apreciação de juízes e realização do estudo piloto. As etapas são descritas a seguir.

Etapa 1: construção do protocolo

A construção da primeira versão do protocolo foi realizada durante as reuniões quinzenais do grupo de estudos do SARP. O grupo formou-se com o intuito predominante de estudar o SARP e dar continuidade às pesquisas de aprimoramento do instrumento. Além das autoras do instrumento (a orientadora e uma pós-doutoranda), a

formação do grupo durante o ano de 2015 incluiu duas mestrandas e nove graduandas do curso de Psicologia de três Universidades, sendo uma das estudantes professora de uma escola de educação infantil. Todas as integrantes do grupo auxiliaram na elaboração do material.

O planejamento inicial para a construção do protocolo considerava que as atividades a serem propostas não seriam gráficas, como ocorre no Meu Amigo de Papel, mas sim lúdicas, em forma de brincadeira dirigida ou orientada. Porém, diferentemente de uma hora do jogo diagnóstica, a intenção era que o profissional tivesse orientações a serem seguidas, objetivando direcionar a brincadeira para coletar informações da criança, a fim de melhor compreender sua rotina, gostos e hábitos, bem como o relacionamento parental sob a ótica da mesma, para poder preencher a Escala SARP. A brincadeira seria intercalada com perguntas sobre a rotina da criança, pois se ponderou que somente a observação do ato de brincar não seria suficiente para os propósitos do instrumento. Baseou-se principalmente na argumentação de Delval (2002), que aponta como um inconveniente da observação da brincadeira infantil a dificuldade de discernimento entre a convicção e o jogo. O autor acredita que por meio de perguntas feitas para a criança seria possível fazer tal distinção, sendo algo difícil pela simples observação.

Foi estabelecido que a forma de comunicação com a criança seria por um roteiro composto de perguntas. O objetivo implícito era possibilitar a sistematização de uma observação clínica, para que a interação com a criança tivesse clara orientação, servindo como parâmetro para estruturar a situação de brincadeira. Assim, ao longo da construção do protocolo, como melhor poderá ser visto na Etapa 5, algumas modificações e orientações foram acrescentadas à aplicação do protocolo.

Para determinar quais perguntas iriam compor o roteiro, inicialmente foram elencadas diversas situações cotidianas, atividades e tarefas diárias que fazem parte da rotina de uma criança pré-escolar com desenvolvimento típico, ou seja, buscou-se equivalência em relação à vida real de uma criança. O grupo de estudos concluiu que seriam três os principais ambientes nos quais crianças pré-escolares frequentam em sua vida diária, independente do nível socioeconômico: a casa, a escola e os ambientes de lazer. Partindo desses três ambientes, refletiu-se acerca das atividades, tanto de lazer, quanto de higiene, alimentação e rotina, que a criança comumente realiza em tais ambientes. Estabeleceu-se que os questionamentos feitos à criança deveriam ser feitos tomando como ponto de partida a história de um personagem inventado. Para uma

maior aproximação, o sexo do personagem escolhido seria o mesmo da criança em avaliação.

Com a escala SARP como ponto de partida, as participantes foram divididas em duplas para formularem perguntas sobre os três cenários. A orientação era que as perguntas evitassem questionar diretamente a criança sobre a sua vida, visto que crianças apresentam uma tendência maior à resistência quando interagindo com um profissional adulto (Schaefer, 2010), demorando mais tempo para estabelecer uma relação de confiança (Irwin & Johnson, 2005). Uma das reuniões subsequentes do grupo serviu para que as duplas apresentassem as perguntas previamente formuladas. Eliminando-se as perguntas repetidas ou de conteúdo muito similar, chegou-se ao número de 26 perguntas.

Apesar do ato de brincar ser comumente visto na Psicologia pelo viés dos aspectos projetivos, o protocolo construído na presente pesquisa não almeja ter base projetiva. São diversas as razões pelas quais se optou por tal posicionamento.

Primeiramente, deve-se levar em conta o conceito de técnica projetiva dentro da avaliação psicológica, sendo elas importantes estratégias de avaliação (Cunha, 2000). Anzieu (1981) associou o surgimento das técnicas projetivas tanto à Psicanálise, quanto à Gestalt. Pontuou que tais técnicas, em comparação aos testes de aptidão (psicométricos), utilizam estímulos ou orientações ambíguas, tendo o sujeito liberdade para respondê-las da forma como preferir, não havendo respostas corretas ou incorretas. São seguidas por um inquérito posterior e pode haver um tempo de duração definido para sua aplicação. Ainda, postulou que "o desenho livre, o relato livre, o jogo dramático improvisado 'expressam' evidentemente a personalidade daquele que os pratica (...) Não se poderia, porém, classificá-los como teste, pois este supõe uma situação padronizada para o sujeito" (p. 29). Associa-se tal ideia à de Cunha (2000), a qual diz que crianças pré-escolares, em sua maioria, tendem a perceber os estímulos ambientais considerando apenas seus elementos reais, realizando, assim, apenas descrições e enumerações dos componentes. Assim, o protocolo elaborado não se encaixa em tal definição de instrumento projetivo.

O segundo ponto a justificar este posicionamento é o de que o SARP não foi desenvolvido com base na teoria psicodinâmica (Bandeira & Lago, 2013), a qual poderia indicar o uso de conteúdos produzidos pela criança de forma projetiva. O *Meu Amigo de Brinquedo* visa a ser utilizado em substituição ao *Meu Amigo de Papel* nos

casos de avaliações que envolvam crianças menores de cinco anos. Logo, os objetivos e a base teórica do material já existente devem ser mantidos.

Um último ponto relevante a ser considerado é o de que o SARP não é um instrumento exclusivo do uso do psicólogo. Assim, trabalhar com conceitos psicológicos, especificamente psicodinâmicos (como o conceito de projeção), dificultaria o uso de tal material por profissionais de outras áreas, como assistentes sociais ou psiquiatras, por exemplo. Não se deve perder de vista que o trabalho e atuação do psicólogo na área jurídica é fortemente interdisciplinar (Lago et al., 2009).

O último passo da fase inicial da construção do protocolo foi a escolha do nome do mesmo, a qual envolveu o grupo de estudos do SARP. Dentre as sugestões levantadas, optou-se por nomeá-lo *Meu Amigo de Brinquedo*. A opção pelo nome foi feita levando em consideração, principalmente, o já existente protocolo de avaliação infantil *Meu Amigo de Papel*. Sendo o protocolo construído um material a ser utilizado em substituição ao *Meu Amigo de Papel*, mas com foco na brincadeira com a criança, identificou-se como adequada a substituição da palavra “Papel” por “Brinquedo”. O objetivo também foi o de manter a identidade do material, mantendo-se, assim, a base original de sua nomenclatura. As orientações detalhadas da aplicação do protocolo são aprofundadas e melhor explicadas na Etapa 5.

Etapa 2: construção dos cenários

Ao longo da construção do protocolo *Meu Amigo de Brinquedo*, identificou-se a necessidade de um suporte material, feito por cenários nos quais a brincadeira pudesse ser realizada, além de bonecos representando os personagens familiares. Tal constatação levou em contra a noção de que crianças criam esquemas mentais que contém objetos e situações. Nesses esquemas há cenários, acontecimentos e histórias (Piniagua & Palacios, 2007). Assim, os materiais também foram considerados como estímulos para a criança desenvolver sua narrativa.

Para os estudos pré-piloto e piloto, foram construídos três cenários em escala reduzida. O tamanho de cada cenário é de aproximadamente 50 cm X 50 cm X 50 cm.

Durante a aplicação do protocolo, considerou-se a possibilidade do profissional não ter acesso a tais materiais em sua prática diária. Caso o profissional opte por não seguir o padrão dos cenários apresentados e sugeridos, adaptações são consideradas possíveis, desde que representem, da forma mais aproximada possível, os três cenários escolhidos. Além dos cenários, também foi identificada a necessidade de colocar à

disposição da criança diversos bonecos do estilo da família terapêutica (ou bonecos similares que simbolizassem personagens dos dois sexos e da faixa etária adulta e infantil). Estes servem como personagens das histórias contadas pela criança, então devem ser em número elevado e suficiente para poderem representar ela mesma, os pais, irmãos, professora, babá, ou qualquer outro personagem. A sugestão do uso de bonecos do estilo família terapêutica leva em consideração a alta frequência com que tais brinquedos são encontrados em contextos clínicos, facilitando, assim, seu acesso e uso profissional.

Etapa 3: realização do estudo pré-piloto

O estudo pré-piloto foi realizado durante o mês de outubro e novembro de 2015 com a primeira versão do protocolo. O pré-piloto objetivou ajustar as etapas do protocolo e forma de aplicação, bem como a estrutura das questões.

Participaram do estudo pré-piloto três crianças (duas meninas e um menino) escolhidas por conveniência. Suas idades variaram entre dois anos e oito meses a três anos e nove meses, sendo o menino a criança mais velha. A escolha de participantes de faixas etárias inferiores à pretendida no instrumento é justificada pela compreensão de que, caso crianças mais novas conseguissem participar do pré-piloto e compreender a atividade, haveria maior chance de êxito do estudo piloto com crianças de três a cinco anos.

A aplicação do protocolo foi realizada na casa onde residiam as três crianças. Apesar dos responsáveis estarem presentes nas residências, estes participaram das atividades, permanecendo em outros cômodos.

Visto que os participantes foram escolhidos por conveniência, as crianças que integraram o estudo pré-piloto faziam parte de famílias nas quais os pais eram casados. Desta forma, nesta etapa não foi investigado o uso do protocolo em crianças inseridas em outros contextos familiares, como famílias divorciadas ou situações de guarda compartilhada, regulamentação de visitas e disputa de guarda, principais realidades nas quais o SARP é indicado e utilizado. Mesmo assim, justifica-se tal escolha reforçando que a etapa do estudo pré-piloto visava investigar, majoritariamente, a compreensão da criança acerca do material e sua aplicabilidade (tempo, tamanho, linguagem, entre outros aspectos formais).

Cada aplicação do protocolo teve duração média de 30 minutos e todas foram gravadas em vídeo com o consentimento de pelo menos um dos responsáveis de cada

criança, os quais assinaram o Termo de Consentimento após a sua leitura em conjunto com a pesquisadora. Posteriormente, os vídeos foram apresentados para os membros do grupo de estudos do SARP e do GEAPAP, a fim de que os membros avaliassem os materiais e dessem sugestões visando à construção da versão final do protocolo.

Não foram registrados problemas durante a realização do estudo pré-piloto que viessem a prejudicar a obtenção das informações para a pesquisa, como desistências. Todas as crianças participantes foram colaborativas e não foram percebidos problemas como ansiedade ou preocupações tanto por parte das crianças, quando dos responsáveis.

Inicialmente, optou-se por brincar de forma livre com cada criança (sem orientações ou planejamento), objetivando familiarizá-la com a presença da pesquisadora em seu ambiente familiar. Percebeu-se tal ação como positiva, visto que as crianças, mesmo que inicialmente um pouco desconfiadas e menos à vontade, foram receptivas e não se recusaram a realizar a atividade. A aproximação inicial cuidadosa diminui a possibilidade de desconforto por parte da criança ou maiores temores. Após alguns minutos de brincadeira, a pesquisadora convidou cada criança para iniciar a atividade com a frase: “Vamos brincar de contar histórias?” Com o aceite da criança, a pesquisadora montou os cenários na frente da mesma. Nos três casos, a brincadeira iniciou de forma tranquila e natural.

O estudo pré-piloto permitiu identificar a importância do uso dos materiais de apoio (cenários e bonecos) na aplicação do protocolo. As três crianças interagiram com os materiais, sendo os três cenários plenamente utilizados como base para o desenvolvimento das histórias. Os ambientes foram apresentados para a criança individualmente, um por vez, começando pela casa. Após a realização das perguntas do cenário “casa”, a mesma era retirada e substituída pela “escola”, seguindo-se pela realização das perguntas deste cenário. Por fim, o último cenário apresentado era a “praça”. Enquanto não estavam sendo utilizados, os cenários foram colocados fora do alcance de visão da criança. Assim, a brincadeira desenvolveu-se isoladamente em cada cenário.

A partir das discussões com os grupos de estudo, viu-se que alguns pontos deveriam ser trabalhados e aprimorados no protocolo para posterior estudo piloto. Percebeu-se a importância da participação ativa do profissional na atividade, no sentido de estar plenamente envolvido na brincadeira e atento às informações fornecidas pela criança. Nas filmagens, foi possível identificar que, em muitos momentos, a pesquisadora não participava ativamente da brincadeira com a criança, colocando-se

numa posição de coleta passiva de dados. Por vezes, não tocava nos cenários e nos bonecos, deixando toda a movimentação dos brinquedos com a criança. Tal postura fez com que as crianças, em determinados momentos, não aprofundassem alguns questionamentos, fornecendo apenas respostas curtas. O diálogo a seguir, ocorrido com a Criança 1 no cenário Casa, é ilustrativo:

Pesquisadora (P): *Onde a menina dorme?*

Criança 1 (C1): *Aqui* (aponta para a cama), *mas sem pijama* (começa a tirar a roupa da boneca).

P: *Ok. Está na hora de acordar. O que a menina faz quando acorda?*

C1: *Não sei...*

Além da não participação na brincadeira, estando a pesquisadora apenas sentada ao lado da criança fazendo questionamentos, é possível identificar outros aspectos problemáticos no trecho destacado. Quando a Criança 1 deu continuidade à cena, retirando o pijama da boneca, a pesquisadora deixou de explorar o que estava acontecendo. Não considerou a brincadeira como acesso a informações da vida da criança ou como um meio pelo qual é possível que a criança fale sobre si. Como sugestão, viu-se que a pesquisadora poderia ter continuado a cena com perguntas sobre a rotina de dormir da Criança 1. A negativa da criança no questionamento seguinte dá indícios da quebra na continuidade de seu pensamento.

Encorajamentos do tipo “*Mostre-me como é*”, feitas pelo profissional após algum questionamento não aprofundado pela criança, foram percebidos como estímulos efetivos para que a criança brincasse mais e, conseqüentemente, extrapolasse as perguntas do protocolo, trazendo assim mais informações sobre sua rotina e dinâmica familiar.

Em alguns trechos, percebeu-se que a profissional fixou-se rigidamente na ordem pré-estabelecida pelo roteiro, deixando de prestar a atenção na história narrada pela criança e no desenvolvimento natural da narrativa. O trecho a seguir exemplifica tal situação:

C1: *E agora o filhinho...*

P: *O que a menina gosta de fazer na escola?*

C1: *Não sei...*

A interrupção brusca da narrativa natural e espontânea da criança foi significativa, mudando assim o curso da fala da criança. A pesquisadora deveria ter deixado a criança continuar na criação da história.

Identificou-se também que estar familiarizado com a história de vida, rotina e hábitos da criança e com o que se deseja explorar na atividade facilita o trabalho do profissional. Algumas frases ditas pelas crianças (criança 3: “*hoje o papai e a mamãe foram para a escola*”) puderam ser aprofundadas e melhor compreendidas em conversa posterior com os responsáveis (“*essa semana eles têm apresentação, por isso que nós iremos à escola dele*”). Assim, percebeu-se que as crianças incluíram nas histórias suas vivências diárias, sendo, desta forma, a brincadeira uma grande fonte de informações sobre seus hábitos e sua rotina. Reforça-se, assim, a orientação de que os responsáveis sejam entrevistados antes da criança.

Por fim, um último aspecto foi observado como digno de nota. Nomear o(a) boneco(a) principal com o mesmo nome da criança também foi visto como uma forma de aumentar o envolvimento da criança na brincadeira e possibilitar que suas vivências pessoais fossem trazidas para a atividade. Para exemplificar, cita-se a situação ocorrida com a Criança 3. Ao escolher o mesmo nome da criança para nomear o boneco, a Criança 3 espontaneamente nomeou dois outros bonecos com os nomes de seus pais (os nomes dos participantes foram substituídos por cuidados éticos):

P: (segurando um boneco criança do sexo masculino) *Esse é o Pedro.*

C3: (segurando um boneco adulto do sexo feminino e um boneco adulto do sexo masculino)... *E esses são a Roberta e o Antônio.*

Visto que os objetivos do estudo pré-piloto foram atingidos com a participação das três crianças, optou-se por finalizar a Etapa 3 e passar para a etapa seguinte da pesquisa. Esta consistiu na participação de três juízes para avaliação do instrumento.

Etapa 4: envio do roteiro para apreciação de juízes

Após a realização do estudo pré-piloto, o roteiro foi submetido à apreciação de três profissionais, sendo uma delas psicóloga especialista em Avaliação Psicológica e duas doutoras em Psicologia. Todas foram escolhidas por terem experiência em desenvolvimento infantil e mais de dez anos de atuação com atendimentos clínicos de crianças, além de atuarem em pesquisa científica. O objetivo da apreciação das profissionais era poder compreender se as perguntas propostas no roteiro estavam de acordo com a faixa etária escolhida em termos de conteúdo e linguagem, bem como se investigavam aspectos importantes do relacionamento parental e auxiliavam o preenchimento da Escala SARP.

O material foi enviado por correio eletrônico para as participantes, as quais haviam sido contatadas anteriormente e concordado com a participação na pesquisa. Todas receberam orientações que explicavam os objetivos de sua participação e quais contribuições eram esperadas. Junto deste material, enviou-se o *Meu Amigo de Brinquedo*, a Escala SARP e a Entrevista SARP. Foram agendadas reuniões individuais com todas as juízas para o retorno da apreciação do material. As sugestões fornecidas pelas juízas possibilitaram a realização de ajustes tanto da escrita formal das perguntas, quanto da relação entre as perguntas e os objetivos das mesmas. Certas perguntas foram suprimidas e algumas precisaram ser reescritas, visando melhor adequação do texto escrito. Nenhuma pergunta foi adicionada.

A avaliação da juíza 1 voltou-se prioritariamente para o estilo de escrita e forma como as perguntas estavam apresentadas. A juíza 2, além de pontuar questões referentes à escrita, visando deixar a atividade mais livre e espontânea, orientou que a própria criança deveria nomear os personagens da brincadeira como desejasse. Tal ponto foi bastante discutido e foi visto como contraditório entre as juízas. Para a juíza 3, nomear ou não o personagem principal com o mesmo nome da criança em avaliação não fazia diferença, visto que o fundamental era que o profissional conseguisse utilizar a brincadeira como canal de comunicação com a criança. Baseado no estudo pré-piloto, optou-se por nomear o boneco principal com o mesmo nome da criança avaliada.

A utilização de um cenário por vez foi vista como prejudicial para o processo. Apresentar um ambiente isolado dos outros impossibilitou que a criança criasse narrativas que envolvessem locais distintos, o que poderia enriquecer sua narrativa e possibilitar que a pesquisadora questionasse mais dados sobre sua vida e rotina. Todas as juízas concordaram com a proposta de apresentar os três cenários ao mesmo tempo para a criança, dando liberdade para que a mesma pudesse interagir com os ambientes de forma livre. Assim, tal modificação foi feita para a execução do estudo piloto.

O título do roteiro também foi discutido com as juízas. Levou-se em conta que não existe a obrigatoriedade de serem feitas todas as perguntas para a criança, nem uma ordem rígida a ser seguida. Assim, nomeou-se o material de Roteiro Semiestruturado da Atividade *Meu Amigo de Brinquedo*.

Após as etapas previamente descritas, foi elaborada a versão final do roteiro, apresentado de forma apenas descritiva, nesse trabalho, em formato didático de tabelas. Cada tabela, a seguir apresenta, envolve a pergunta e o objetivo envolvido em cada um dos cenários propostos para o protocolo.

Tabela 1. Perguntas para o cenário “Casa” da versão final do Roteiro Semiestruturado da Atividade Meu Amigo de Brinquedo.

Pergunta	Objetivo
<i>Quem mora nessa casa com ele(a)?</i>	Definir o cenário e os personagens adjacentes.
<i>Onde ele(a) dorme?</i>	Investigar os hábitos de dormir.
<i>Está na hora de acordar.</i>	Investigar a rotina matinal.
<i>O que ele(a) faz quando acorda?</i>	
<i>Está na hora de tomar banho, quem vai ajudar ele(a)? E os dentinhos? E o que eles fazem?</i>	Investigar quem se responsabiliza pelo cuidado com atividades de higiene, como tomar banho e escovar os dentes.
<i>Acho que (nome) está com fome, o que ele(a) faz?</i>	Investigar a rotina de alimentação.
<i>Qual será a comida que ele(a) mais gosta? E quem vai preparar a sua comida? E o que ele(a) não gosta de comer? Quem come com ele(a)?</i>	Investigar a rotina de alimentação.
<i>De que (nome) mais gosta de brincar na casa dele(a)? Quem brinca com ele(a)?</i>	Investigar hábitos de lazer em casa.
<i>Agora olhe essa historinha na casa de (nome): ele(a) se queimou no fogão! E agora? O que acontece? Alguém faz alguma coisa?</i>	Investigar proteção frente a riscos e estabelecimento de limites.
<i>Quando os pais de (nome) o(a) chamam para tomar banho e ele(a) não quer ir, o que acontece? E os que os pais dele fazem? E o que ele faz?</i>	Investigar estabelecimento e monitoramento de limites.
<i>Já é hora de dormir. Vamos colocar ele(a) para dormir? O que ele(a) faz antes de dormir? Quem leva ele (a) para dormir? E o que eles fazem?</i>	Investigar a rotina noturna.

Tabela 2. Perguntas para o cenário “Escola” da versão final do Roteiro Semiestruturado da Atividade Meu Amigo de Brinquedo.

Pergunta	Objetivo
<i>Quem levou (nome) para a escola?</i>	Investigar envolvimento dos genitores nas atividades diárias dos filhos
<i>Quem está na escola dele(a)?</i>	Definir o cenário e os personagens adjacentes.
<i>(nome) chegou agora na escola. O que ele(a) faz?</i>	Investigar a rotina da criança na escola.
<i>Com quem ele(a) brinca? Quais são os nomes dos amigos dele?</i>	Investigar as relações sociais da criança.
<i>Tem alguém na escola que ele(a) gosta? Tem alguém que ele(a) não gosta?</i>	Investigar as relações sociais da criança.
<i>Agora escute essa história que aconteceu na escola dele(a): A professora estava procurando por (nome), e quando o(a) encontrou, ele(a) estava chorando. O que houve? O que a professora fez? E como ele(a) ficou?</i>	Investigar a comunicação entre a criança e cuidadores e professores.
<i>Quem busca (nome) na escola? E sobre o que eles conversam no caminho de volta para casa?</i>	Investigar a participação dos genitores nas atividades escolares; conhecimento da rotina da criança.

Tabela 3. Perguntas para o cenário “Praça” da versão final do Roteiro Semiestruturado da Atividade Meu Amigo de Brinquedo.

Pergunta	Objetivo
<i>(Nome) foi brincar na praça. O que ele(a) mais gosta de fazer lá?</i>	Investigar rotina de lazer.
<i>Quem levou ele(a) na praça? E o que eles fizeram?</i>	Investigar a participação dos genitores nas atividades de lazer.
<i>Quem brinca com ele(a)?</i>	Investigar a participação dos genitores nas atividades de lazer.
<i>O que ele(a) gosta de fazer com a mamãe na praça?</i>	Investigar a participação dos genitores nas atividades de lazer.
<i>E com o papai?</i>	Investigar a participação dos genitores nas atividades de lazer.
<i>Agora vamos ver a história que aconteceu na</i>	Investigar proteção frente a riscos.

praça com (nome): *Ele(a) estava jogando bola, tropeçou e caiu. Quem o(a) ajudou? Como ele(a) ficou?*

Etapa 5: orientações para aplicação do Roteiro Semi-estruturado da Atividade Meu Amigo de Brinquedo

As orientações para a aplicação do *Meu Amigo de Brinquedo* foram desenvolvidas após O protocolo final, intitulado Roteiro Semi-estruturado da Atividade Meu Amigo de Brinquedo, ficou composto por 23 itens em formato de perguntas que abordam as dimensões da Escala SARP. Alguns itens contêm subperguntas (entre duas e três), mas estas objetivam investigar a mesma temática. Os itens da Escala SARP não estão contemplados na sua integralidade no protocolo, visto que alguns foram identificadas como não possíveis de serem investigados através do relato da criança (*apoio material do genitor ao parceiro no período pré-separação e sustento financeiro*, por exemplo).

As perguntas são divididas em três cenários correspondentes aos ambientes sociais nos quais a criança está inserida e frequenta regularmente: Casa, Escola e Praça. Os três ambientes foram escolhidos considerando os temas e ambientes abordados nas dimensões da Escala SARP passíveis de investigação através da fala da criança. O objetivo da aplicação do protocolo é obter informações da criança a fim de cruzar tais dados com as informações fornecidas anteriormente pelos responsáveis e assim realizar o preenchimento da Escala SARP.

Acredita-se que a atenção da criança não se mantém por um período muito prolongado de tempo em uma mesma atividade. Em crianças maiores de três anos, a literatura aponta para um tempo médio de concentração entre 10 a 15 minutos, aumentando de acordo com o crescimento da criança (Piniagua & Palacios, 2007). No estudo pré-piloto, as três crianças mantiveram-se concentradas na atividade por entre 20 a 30 minutos, distraíndo-se e perdendo o interesse em seguida. Presume-se, que a atividade leve em torno de 20 a 30 minutos, podendo este tempo ser diminuído caso a criança apresente resistência ou excessiva distração. Se tal fato ocorrer, deve-se investigar se foi devido ao cansaço, resistência frente aos temas abordados na atividade ou outros aspectos importantes, sempre levando em consideração a história prévia da criança e da família. Também é possível parar a aplicação do protocolo e continuá-la em um outro atendimento, caso a interrupção faça-se necessária.

O registro das percepções e impressões do profissional deve ser feito posteriormente. Orienta-se que primeiro seja feita a entrevista com os responsáveis e por último com a criança, já que assim pode-se explorar com a criança, no Meu Amigo de Brinquedo, tópicos trazidos pelos genitores na entrevista.

Recomenda-se que o profissional e a criança estejam sentados em local agradável e confortável, podendo haver uma mesa de apoio ou não, caso a dupla prefira não se sentar no chão. Caso prefiram sentar no chão, sugere-se o uso de um tapete (tradicional ou de borracha) para delimitar visualmente o espaço onde ocorrerá a brincadeira. Deve-se limpar o ambiente de outros estímulos distratores, a fim de manter a criança o mais focada na atividade possível. Os três cenários devem ser colocados simultaneamente na frente da criança.

Objetivando um bom *rappor*t, sugere-se que o profissional apresente-se para a criança e, utilizando uma linguagem simples e clara, explique tanto as razões pelas quais ela está ali (disputa de guarda, regulamentação de visitas e avaliação psicológica), quanto a atividade que irá realizar com ela. Muitas vezes, crianças pequenas não compreendem plenamente sua participação em pesquisas e entrevistas e o propósito de tais (Irwin & Johnson, 2005). Acredita-se que utilizar temas que facilitem sua compreensão pode ajudar a vincular a criança no processo. O SARP conta com um livreto de apresentação do profissional. Breve e direto, serve para apresentar o profissional e os objetivos do processo de avaliação, numa linguagem que a criança compreenda (Lago & Bandeira, 2013). Percebeu-se que o material é voltado mais para casos que envolvam disputas legais. Para casos de avaliação clínica, orienta-se que o profissional adapte o texto para o contexto no qual se está trabalhando, não deixando de explicar para crianças as etapas da avaliação.

Pode ser necessário um momento de brincadeira livre antes da aplicação do roteiro, caso o profissional identifique a necessidade para tal (crianças muito ansiosas, retraídas ou que expressem necessidade de familiarizar-se com o material). Irwin e Johnson (2005), em uma pesquisa com crianças pré-escolares, proporcionaram um momento de conversa livre com as crianças participantes, visando tranquilizá-las e vinculá-las antes do momento da entrevista, já que acreditam estabelecer um *rappor*t com crianças pequenas tende a levar um tempo maior. Tal proposta também é vista como possível antes da aplicação do Meu Amigo de Brinquedo.

Acredita-se que uma boa forma de convidar a criança para atividade seja: “*Hoje vou te convidar para fazermos umas brincadeiras. Vamos brincar de contar histórias?*”

Com o aceite da criança, situa-se sua participação na atividade, definindo o personagem principal da história: *“Hoje nós vamos brincar de contar histórias e responder perguntas sobre a vida de um(a) menino(a). Você pode me ajudar?”*.

Neste momento de *rappport*, é importante informar à criança de que perguntas sobre sua vida também serão feitas pelo profissional. Deve-se dizer: *Eu também vou querer saber algumas coisas da tua vida, da tua casa, da tua escola e da tua família. Então, da mesma forma, vou fazer perguntas sobre a tua vida. Pode ser?*

Merece destaque tal orientação, já que é a partir destes questionamentos que assume-se que a criança vai poder compartilhar com o profissional dados sobre sua rotina, vivências e hábitos diários, além das pessoas envolvidas em sua vida. Com o direcionamento das perguntas do protocolo para a vida da criança, o profissional poderá acessar informações que irão auxiliá-lo no preenchimento da Escala SARP. Por exemplo, na pergunta do cenário Escola *“Quem levou (nome) para a escola?”*, o profissional deve continuar a investigação questionando *“E quando você vai para a escola, quem te leva?”*. Tal conversação deve ser feita, sempre que possível, em todas as perguntas, mesmo não sendo apresentada tal indicação na estrutura do protocolo. A opção por não escrevê-las diretamente no protocolo visa a não sobrecarregar o material de texto, o que poderia atrapalhar e confundir o responsável pela avaliação durante a realização da mesma. Em seguida, os três cenários são apresentados para a criança. Eles devem estar posicionadas próximos ao profissional e à criança, de modo que ela possa acessá-los livremente.

A ordem apresentada no roteiro é apenas uma sugestão para guiar o trabalho do profissional, visto que segue, dentro do possível, a cronologia de um dia típico na vida da criança. Entretanto, não existe obrigatoriedade de seguir a ordem da mesma, já que o preenchimento da Escala SARP não exige que todas as perguntas do roteiro tenham sido respondidas pela criança, o que dá certa liberdade ao profissional. Deve haver flexibilidade por parte do profissional, servindo as perguntas do protocolo como um gatilho. Assim, a criança pode trazer espontaneamente tópicos que estejam mais adiante no roteiro ou mesmo fora dele. Se assim ocorrer, sua narrativa deve ser respeitada, incentivada e aprofundada, possibilitando que a criança envolva-se mais na brincadeira e seja mais colaborativa, visto que um número maior de informações será benéfico para o preenchimento da Escala SARP. Deixar a criança falar livremente faz com que o profissional aproxime-se do real conteúdo de seus pensamentos e opiniões (Irwin & Johnson, 2005).

Assim, a proposta do protocolo é servir como ferramenta de comunicação com a criança. Além da escuta clínica do conteúdo produzido pela criança durante a brincadeira, o profissional também deve levar em conta os conhecimentos prévios da história de tal criança e família. Reforça-se a compreensão das autoras de que aquilo que foi respondido pela criança não necessariamente traduz sua realidade atual ou vivências anteriores. Da mesma forma como ocorre na aplicação do Meu Amigo de Papel, o conteúdo trazido pela criança deve ser investigado e confirmado através da história da família e entrevista com os responsáveis, sempre levando em conta o olhar clínico do profissional. Por tal razão, o objetivo da atividade é que o profissional possa questionar a criança, de forma direta, sobre sua rotina, hábitos e costumes, como indica o protocolo.

Nunca deve-se induzir respostas (“*Você gosta de ir à escola, certo?*” ou “*É a mamãe quem leva você para a escola?*”), pois como apontam Irwin e Johnson (2005), crianças podem ser mais inclinadas do que adultos a concordar com o pesquisador quando este sugere palavras ou falas, perdendo assim a autenticidade de suas expressões. Caso a criança ainda não frequente qualquer tipo de instituição de ensino infantil, não há necessidade de realizar as perguntas do cenário Escola.

Deve-se ter cuidado para utilizar uma linguagem compreensível para a criança, mantendo-se atento para palavras ou expressões desconhecidas de seu léxico, fazendo modificações e adaptações sempre que necessário. À criança deve ser dada liberdade para desenvolver suas respostas da forma como preferir, utilizando ou não os bonecos e os cenários como apoio para suas respostas.

Referências

- Anzieu, D. (1981). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Delval, J. (2002). *Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- Irwin, L; G., & Johnson, J. (2005). Interviewing young children: explicating our practices and dilemmas. *Qualitative Health Research*, 15(6), 821-831.
- Lago, V. M., Amato, P., Teixeira, P. A., Rovinski, S. R. L.; & Bandeira, D. R. (2009). Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 483-491.

- Lago, V. M., & Bandeira, D. R. (2013). *SARP - Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental. Manual técnico*. São Paulo: Pearson.
- Piniagua, G., & Palacios, J. (2007). *Educação infantil: resposta educativa à diversidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Schaefer, C. E. (2014). *Play therapy for preschool children*. Washington: APA.

Percepção de suporte familiar durante tratamento oncológico infanto-juvenil

Ana Luísa Carvalho Guimarães

Nichollas Martins Areco

Sonia Regina Pasian

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

Resumo: Introdução: Demandas físicas e psicológicas acompanham o câncer em crianças/adolescentes, resultando em aumento da vulnerabilidade do núcleo familiar, constituindo fator de risco ao desenvolvimento infanto-juvenil, o que justifica investigações psicológicas nesse campo. Objetivo: Avaliar características da dinâmica familiar de crianças/adolescentes em tratamento oncológico em comparação com famílias sem esse adoecimento. Método: O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF, 42 itens, escala *likert* de três pontos) e o Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF, presença/ausência de recursos) foram aplicados em formato de entrevista, individualmente, a 40 pais/responsáveis de crianças e adolescentes (7-17 anos), divididos em dois grupos: Grupo Clínico (G1, n=20: pais/responsáveis de pacientes em tratamento oncológico) e Grupo de Comparação (G2, n=20: pais/responsáveis de crianças/adolescentes com desenvolvimento típico). Esses grupos foram balanceados em função da idade, sexo e origem escolar das crianças, bem como pela classificação socioeconômica das famílias. Os resultados foram sistematizados conforme respectivos padrões técnicos dos instrumentos, somando-se suas pontuações totais e por domínios, realizando-se análises descritivas e comparativas de dados médios dos grupos. Resultados: Não houve diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 no RAF (total e domínios), evidenciando preservação dos recursos familiares mesmo diante do adoecimento infanto-juvenil. A percepção do suporte da rede familiar (IPSF) sinalizou pequena diferença entre os grupos (a favor de G2), não estatisticamente significativa, identificando-se alta pontuação total no IPSF, sugerindo elevado suporte percebido pela rede familiar em G1 e G2. Conclusão: Apesar das múltiplas demandas psicossociais emergentes frente ao adoecimento, os atuais achados apontam que famílias de crianças/adolescentes em tratamento oncológico conseguem preservar recursos familiares favoráveis à adaptação. Esta flexibilidade da dinâmica familiar, aqui identificada, confirma relevância desse contexto para desfechos positivos na readaptação dos sobreviventes, como apontado pela literatura científica da área, sugerindo intervenções nesse amplo nível de cuidados profissionais.

Palavras-chave: *Câncer, Dinâmica Familiar, Desenvolvimento Infanto-Juvenil, Avaliação psicológica.*

Introdução

O desenvolvimento humano caracteriza-se como complexo processo, multidimensional e multidirecional, permeado por contínuas mudanças, onde variáveis como maturação biológica, meio ambiente, demandas culturais e diferenças individuais interagem entre si, produzindo fatores protetores ou vulnerabilidades (Bee, 1996; Papalia, Olds & Feldman, 2006). Diante da diversidade de abordagens teóricas possíveis para se compreender o desenvolvimento humano, a proposta da “Psicopatologia do Desenvolvimento” possui destaque na literatura científica da área (Bee, 1996). Trata-se de abordagem teórica e empírica que se ocupa dos desvios desenvolvimentais e de suas possíveis causas, avaliando fatores e experiências que influenciam a trajetória do desenvolvimento de forma positiva e negativa. Nesta perspectiva, a diferenciação entre individualidades no curso do desenvolvimento e dificuldades de adaptação tornam-se essenciais, possibilitando auxiliar a crianças e seus

familiares na superação de eventuais problemas, oferecendo condições para o pleno desenvolvimento das capacidades de cada ser humano.

Desse modo, entram em cena os conceitos de resiliência e de vulnerabilidade, concebidos como capacidades ou vivências que alteram uma tendência desenvolvimental. Enquanto a resiliência relaciona-se à condição de superação de circunstâncias contrárias ou de risco, a vulnerabilidade está associada à maior probabilidade de surgimento de psicopatologias significativas diante destas situações (Bee, 1996; Saur, 2012; Walsh, 2005).

A origem do conceito de resiliência foi inicialmente associada à invencibilidade e à hipótese da existência de dois grupos de indivíduos: resilientes e não resilientes. Esta tese foi refutada em pesquisas posteriores, sendo que o construto resiliência é empregado atualmente como representativo de capacidade de enfrentamento e de adaptação do indivíduo a seu contexto, o que é variável de acordo com o estressor e com a própria pessoa (Pinheiro, 2004; Silva, Elsen, & Lacharité, 2003; Souza & Cervený, 2006; Yunes, 2003). De acordo com Walsh (2005), a resiliência é considerada como um processo ativo de resistência e reestruturação individual em resposta a uma crise, sendo relacionado, na literatura científica, a características de personalidade marcadas por flexibilidade, boa inteligência, otimismo, boa capacidade de estabelecimento de vínculos significativos, além de positiva autoestima e autoeficácia. A autora aponta para a importância da rede de apoio familiar como recurso favorecedor de estratégias resilientes, sobretudo diante de dificuldades, desmistificando a hipótese da invulnerabilidade de alguns indivíduos ou da existência de capacidades adaptativas apenas inatas ou biológicas.

Dentre os fatores que oferecem risco considerável ao desenvolvimento no período da infância e adolescência, destaca-se o adoecimento físico do indivíduo, sendo o foco específico desse trabalho o câncer. Trata-se de evento crítico e com importante impacto no desenvolvimento psicossocial, prejudicando a capacidade de realização das tarefas esperadas para cada faixa etária. Uma doença grave impõe demandas físicas e psicológicas para a criança e/ou adolescente e sua família, resultando no aumento da vulnerabilidade do núcleo familiar como um todo. O adoecimento e a morte na velhice são fenômenos que, apesar de esperados, mobilizam temores, fantasias, angústias e sofrimento. Porém, quando a ameaça da terminalidade se apresenta na infância, esta vivência torna-se mais adversa, pelo seu caráter de evento não normativo, ou seja, distinto das expectativas cronológicas ou sociais (Walsh, 2005).

O complexo tratamento oncológico demanda longos períodos de acompanhamento médico, incluindo internações hospitalares periódicas, exposição recorrente a procedimentos médicos invasivos, com destaque para a quimioterapia e a radioterapia que, por sua vez, implicam em efeitos colaterais debilitantes para os pacientes. Estes são forçados a um processo de reorganização da dinâmica familiar, exigindo nova adaptação social (Landolt, Vollrath, Niggli, Gnehm & Sennhauser, 2006; Rodrigues & Polidori, 2012; Woodgate, 1999). Nesse contexto, as adversidades mobilizam a utilização de estratégias adaptativas e o desenvolvimento da resiliência, na medida em que, na busca pela qualidade de vida e a cura do câncer, os pacientes e suas famílias se deparam com incertezas e temores referentes às perdas ocorridas no decorrer do tratamento (concretas ou simbólicas).

Banner, Mackie e Hill (1996) realizaram revisão da literatura científica voltada ao tema das demandas familiares na transição entre adolescência e a fase adulta de sobreviventes do câncer infanto-juvenil. Os autores apontaram que a configuração da família funcionou como mediadora no desenvolvimento do paciente, podendo ser considerada tanto um risco (caso não seja possível readaptar-se às demandas posteriores ao tratamento, restringindo a autonomia da criança ou do adolescente) quanto podendo representar via de fortalecimento (possibilidade de momentos de maior concentração na unidade familiar e de investimento conjunto no ambiente externo). Dessa forma, a flexibilidade da família para adaptar-se às novas configurações e demandas impostas pelo tratamento é assinalada como uma das variáveis mais claramente associadas a desfechos positivos em sobreviventes, sendo destacada a necessidade de futuras pesquisas para melhor compreender a relação entre estes aspectos.

Sanjari, Heidari, Shirazi e Salemi (2008) compararam a relação entre o estilo de enfrentamento do câncer por pais e pacientes oncológicos, avaliando possíveis associações entre as estratégias adotadas na família. Foram avaliadas 120 duplas de pacientes (11 a 18 anos) e seus pais, por meio de instrumento de avaliação de estratégias de enfrentamento (*Coping Strategies Inventory*). De forma geral, verificou-se que os pacientes e seus pais tendem a utilizar, com maior frequência, estratégias de enfrentamento baseadas no engajamento do que no distanciamento, buscando ativamente desenvolver esforços de adaptação. Entretanto, quando foram comparados os participantes mais novos (11 a 14 anos) com os mais velhos (15 a 18 anos), constatou-se diferença estatisticamente significativa em relação à utilização da estratégia de enfrentamento de desengajamento “pensamento positivo” (“*wishful*

thinking”), sendo esta mais comum nos pacientes mais novos. Os estilos de enfrentamento das crianças e adolescentes mostraram-se dependentes do estilo de enfrentamento parental. Assim, os pacientes mais novos apresentaram maior associação com estratégias de engajamento dos pais, enquanto os mais velhos pareceram vincular-se a estratégias de desengajamento dos pais.

Para investigar o quanto a família se configurava como fator de risco ou de proteção para o enfrentamento do câncer em crianças, Wolfe-Christensen et al. (2010) avaliaram 36 mães que tinham filhos em tratamento oncológico. Foram examinadas relações entre a percepção que os pais tinham do estresse que vivenciavam (“*PSI-Short Form*”); o cuidado que lhes era demandado, enquanto cuidadores (“*The Care of My Child With Cancer Scale*”); e o ajustamento psicológico da criança ou do adolescente (“*Behavior Assessment System for Children-Second Edition*” e “*Social Skills Rating System*”). Os autores concluíram que as crianças apresentavam melhor ajustamento psicológico quando solicitavam bastante seus cuidadores (alta demanda) e estes sinalizavam baixo nível de estresse. Ponderaram que as mães que lidam com a intensa demanda de cuidado de seus filhos, mas que não se sentem sobrecarregadas pela situação, têm filhos com melhor ajustamento em relação ao funcionamento emocional. Além disso, o estudo alertou que a reorganização familiar deve ser flexível o bastante para permitir que o paciente mantenha sua busca por autonomia, preservando seu desenvolvimento e a readaptação posterior ao adoecimento.

Os trabalhos encontrados convergem na afirmação da influência dos pais enquanto cuidadores e de suas estratégias de enfrentamento do câncer sobre o desenvolvimento emocional e a adaptação das crianças ao adoecimento e ao tratamento. Ao se considerar o impacto decorrente de neoplasias na infância/adolescência, torna-se necessário compreender como tais adversidades impactam a dinâmica familiar, para que se possa ofertar uma assistência efetiva às crianças, adolescentes, e seus familiares que vivenciam o tratamento oncológico. O conhecimento agregado a respeito desse processo poderá ser útil e relevante para a futura elaboração de intervenções fortalecedoras do desenvolvimento e da resiliência familiar, razão do presente trabalho.

Objetivo

Avaliar a percepção de suporte e recursos da dinâmica familiar de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, em comparação com famílias que não vivenciam este adoecimento.

Método

Este trabalho configura-se como estudo transversal, de natureza quantitativa, descritivo e interpretativo a partir de instrumentos de avaliação psicológica. Caracteriza-se, portanto, como estudo quase experimental, contrapondo achados de grupo clínico e de comparação.

Participantes

a) *Grupo Clínico (G1, n=20)*: pais ou cuidadores de crianças e adolescentes em tratamento oncológico (no mínimo há um mês) em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, reconhecido como serviço de referência altamente qualificado na área. O critério temporal mínimo de um mês de tratamento oncológico foi utilizado devido a grande instabilidade na dinâmica familiar e mobilização emocional que ocorre no período imediato ao diagnóstico do câncer. O tempo de um mês, com base nas experiências profissionais dos psicólogos atuantes no setor, é razoável para conhecimento dos procedimentos envolvidos no tratamento por parte dos pacientes e de seus familiares, possibilitando estabelecimento de adaptação à nova rotina de vida.

O Grupo Clínico (G1) desse estudo foi recrutado no Serviço de Oncologia Pediátrica e em Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) do interior paulista, sendo que ambas as instituições estavam cientes e concordantes com o presente trabalho. O Grupo de Apoio à Criança com Câncer é uma organização não governamental, de caráter assistencial e beneficente que visa garantir às crianças e aos adolescentes com câncer o atendimento integral, buscando a promoção da qualidade de vida e a preservação do desenvolvimento saudável. Na Casa de Apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer hospedam-se os pacientes, acompanhados de familiar ou responsável, que realizam tratamento no Serviço de Oncologia Pediátrica do hospital universitário e residem em outras cidades.

Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam em vigência de tratamento nos seguintes estágios: cuidados paliativos, recidivas tardias e pacientes submetidos ao transplante autólogo ou alogênico de medula óssea. Estas vivências específicas foram consideradas fases agudas, de excessiva vulnerabilidade, para que os participantes

suportassem também o processo de investigação científica. Também não foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica, devido ao caráter de cronicidade do tratamento desta condição, que pode se estender demasiadamente e trazer desafios outros para as crianças, os adolescentes e seus familiares. Estes critérios foram adotados na tentativa de preservar alguma similaridade nas experiências dos voluntários, dada a complexidade envolvida no contexto do adoecimento oncológico e da decorrente necessidade de delimitação do foco do trabalho para minimizar efeitos de confundimento entre variáveis.

b) *Grupo de Comparação (G2, n = 20)*: A partir das características de faixa etária, sexo e condição econômica dos participantes do G1, foram recrutados os participantes que compuseram o Grupo de Comparação (G2). As crianças e adolescentes deste grupo possuíam indicadores de desenvolvimento típico para sua idade. Esses voluntários foram identificados a partir da técnica chamada “bola de neve” (por indicações pessoais de conhecidos dos próprios participantes do estudo e da equipe de pesquisadores), de modo a constituírem grupo balanceado a G1. O único critério de exclusão direcionado aos possíveis voluntários em G2 foi a detecção de indícios de problemas de saúde mental significativos nas crianças e adolescentes. Esta informação foi obtida por instrumento específico de avaliação psicológica, respondido pelos pais ou responsáveis dos participantes.

A amostra final do estudo foi composta, assim, por 40 pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, com idades de sete a 17 anos. A média de idade geral foi de 11,74 anos ($\pm 2,9$), sendo a média para o Grupo Clínico de 11,82 anos ($\pm 3,06$) e para o Grupo de Comparação 11,65 anos ($\pm 2,80$). A análise comparativa de G1 e G2 em função da idade (Teste *t* de *Student*, $p \leq 0,05$) não identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mostrando-se equiparáveis.

No tocante à origem escolar, os grupos puderam ser balanceados de forma adequada. Assim, houve o mesmo número de participantes de escola pública e particular em G1 e em G2, favorecendo sua comparação nas demais variáveis do estudo.

Quanto à composição familiar, vale ressaltar que a avaliação da presença da figura materna ou paterna não implica necessariamente na presença da mãe ou pai biológico. Nestes casos, era avaliado quem morava com a criança e se responsabilizava pelos cuidados principais. Em ambos os grupos houve predomínio da família com duas figuras parentais, embora em G1 essa proporção tenha sido menor (65% em G1 e 95% em G2). Em termos econômicos houve similaridade na distribuição de G1 e G2.

Diante dos elementos apresentados, pode-se concluir que foi possível compor dois grupos de participantes compatíveis com os objetivos delineados para o presente estudo, embora compostos a partir da estratégia de conveniência. Os grupos mostraram-se similares em termos de origem escolar das crianças, composição familiar e padrão econômico, subsidiando a comparação de G1 e G2 nas demais variáveis coletadas (relativas ao funcionamento psíquico e aos recursos pessoais e familiares).

Materiais

Embora o estudo em si envolva a avaliação dos pais e das crianças/adolescentes, para este trabalho foram recortadas apenas informações coletadas com os responsáveis pelos casos, tendo em vista os objetivos presentemente delineados. Assim, foram utilizados os seguintes materiais para esse trabalho:

- a) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE): Material elaborado com a finalidade de esclarecer os objetivos da pesquisa aos pais e/ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes, e documentar seu espontâneo consentimento para a participação na pesquisa. Foram utilizados os mesmos modelos de TCLE dirigido aos pais e/ou responsáveis pelos participantes do Grupo 1 e do Grupo 2, respeitando suas características e contextos específicos de vida.
- b) *Critério de Classificação Econômica Brasil* (CCEB): Instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), objetiva estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (a partir de itens existentes na casa e da escolaridade do chefe da família). A classificação é realizada em níveis (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E), sendo que o nível A representa maior poder econômico, decrescendo para nível E. Foi respondido pelos pais ou responsáveis da criança/adolescente, utilizando-se o parâmetro da ABEP (2015) para classificação dos resultados.
- c) *Inventário de Recursos do Ambiente Familiar* (RAF): Elaborado por Marturano (1999), é utilizado para rastrear recursos presentes na rede familiar, bem como para avaliar a interação das crianças com seus pais e familiares e a contribuição desta relação para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial infantil. É composto de três módulos, subdivididos em tópicos específicos, contemplando recursos físicos presentes na residência, disposição de materiais promotores do desenvolvimento, oferta de estímulo e suporte ao aprendizado e vivência no ambiente escolar, interação e dinâmica entre os pais e a criança, efetividade do suporte familiar. Além disso, o inventário inclui itens relativos à composição familiar e indicadores socioeconômicos. Sua aplicação ocorre no

formato de entrevista semiestruturada, realizada com os pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, sendo cada tópico iniciado por uma pergunta aberta que, posteriormente, é seguida de questões fechadas. Foi utilizado o padrão avaliativo proposto por Marturano (1999), no qual a pontuação total do instrumento corresponde à soma da média dos escores de cada tópico do inventário (que deriva da divisão do escore obtido em cada tópico pelo número de itens que o compõe).

Diante de mudanças em atividades de lazer e em recursos disponíveis nos dias de hoje, principalmente tecnológicos, para crianças e adolescentes, foram realizadas atualizações em alguns itens, com a ciência e aprovação da autora, Profa. Dra. Edna Marturano (comunicação pessoal). Tais alterações referem-se à descrição dos itens, e não à proposição principal dos mesmos. Assim, garantiu-se a preservação da estrutura e função do original do instrumento.

d) *Inventário da Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*: Desenvolvido por Baptista (2010), é instrumento que se propõe a avaliar a forma como o indivíduo percebe sua relação com a família. O inventário é composto por 42 frases, escritas em primeira pessoa, que expressam sentimentos em relação à rede familiar. O respondente deve indicar a frequência na qual se sente daquela determinada maneira, numa escala *likert* de três pontos, variando de “Quase nunca ou Nunca” (valor zero), “Às vezes” (valor um), ou “Quase sempre ou Sempre” (valor dois), preenchendo os itens na sequência determinada, chegando-se a um total de pontos. A partir deste instrumento, é possível avaliar três dimensões de percepção de suporte, a saber: (1) Afetivo-Consistente, que se refere à expressão de afetividade e entre os membros da família, comunicação, acolhimento, empatia, clareza nas regras, resolução de problemas, dentro outros; (2) Inadaptação Familiar, associada a sentimentos e comportamentos negativos frente à família, tais como raiva, isolamento, vergonha, culpabilização diante de conflitos, falta de senso de pertencimento, estabelecimento de relações agressivas; e (3) Autonomia, referente a questões que demonstram construção de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família. O Inventário foi aplicado individualmente com os pais/responsáveis dos participantes de ambos os grupos, e avaliados de acordo com os parâmetros propostos por Baptista (2010).

Procedimentos

Um primeiro cuidado técnico foi o envio do presente projeto para análise e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FFCLRP/USP, seguindo-se os procedimentos éticos de respeito aos voluntários e a instituição, de acordo com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012) e Resolução 16/00 do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2000). Após sua aprovação teve início o processo de coleta de dados.

No primeiro momento do encontro agendado, a pesquisadora apresentava aos pais/responsáveis os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e explicava os objetivos e possíveis riscos envolvidos na participação da pesquisa, certificando-se do caráter voluntário e esclarecido do consentimento e garantindo as condições de sigilo profissional. Após esta etapa, os instrumentos Critério de Classificação Econômica Brasil, Inventário de Percepção de Suporte Familiar e Inventário de Recursos do Ambiente Familiar foram aplicados com os pais ou responsáveis. A aplicação dos instrumentos ocorreu em local apropriado, com os devidos cuidados técnicos, em local determinado pela disponibilidade dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, tendo ocorrido no próprio serviço de saúde ou nas residências dos voluntários, respeitando-se suas preferências (para favorecer sua participação no estudo em ambiente onde se sentiam mais confortáveis).

Os dados foram sistematizados de acordo com as proposições disponíveis nos respectivos manuais dos instrumentos utilizados, de modo a investigar as especificidades de produção dos participantes, a partir de suas diretrizes técnico-científicas e referenciais normativos. Desse modo, cada instrumento foi avaliado, categorizado e classificado, conforme padrões técnicos específicos. Em relação ao RAF, os escores brutos obtidos foram convertidos em escores ponderados (com notas variando de 0 a 10), para favorecer a comparação entre os diferentes domínios. Já no que concerne ao IPSF, o manual do instrumento (Baptista, 2010) propõe categorias de classificação das três dimensões de percepção do suporte familiar a partir da pontuação bruta, divididas nos seguintes níveis: baixo; médio baixo; médio alto; e alto.

Com o término da coleta e codificação dos instrumentos utilizados foi composto banco de dados computacional, em planilha do Programa *Microsoft Excel*, integrando os resultados dos instrumentos utilizados. Posteriormente, esta planilha foi transposta para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, considerando-se o Grupo Clínico (G1) e Grupo de Comparação (G2). Foram realizadas análises descritivas (medidas de tendência central e de variabilidade) e testes estatísticos

de hipóteses referentes à eventual similaridade ou não no desempenho médio entre os grupos estudados, a partir do Teste *t* de *Student*. Em todas as análises estatísticas foi utilizado o nível de significância de 5%.

Resultados e Discussão

O Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) fornece informações a respeito dos recursos ambientais (concretos ou não) disponíveis na família. Os diferentes tópicos do instrumento abrangem aspectos referentes à dinâmica e à organização diária da família, à qualidade da interação entre os pais/cuidadores e a criança, e aos recursos físicos presentes no domicílio. A Tabela 1 apresenta os resultados médios na pontuação do inventário RAF, bem como sua comparação estatística em função dos grupos.

Tabela 1. Resultados médios e comparação estatística da RAF em função dos grupos.

Recursos do Ambiente Familiar (RAF)	Grupo*	Média	Desvio padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
I. Supervisão e organização das rotinas	G1	5,98	1,36	0,17	0,86
	G2	5,90	1,30		
II. Oportunidades de interação com os pais	G1	6,50	1,09	0,13	0,90
	G2	6,44	1,59		
III. Presença de recursos no ambiente físico	G1	4,61	1,16	-1,43	0,16
	G2	5,05	0,75		
Total	G1	5,70	0,87	-0,37	0,71
	G2	5,80	0,90		

*G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

As médias dos grupos foram semelhantes tanto em relação aos domínios do RAF, quanto à pontuação total obtida. A similaridade dos valores foi confirmada pela análise estatística, que indica a inexistência de diferenças significativas entre a pontuação dos grupos total e entre os três domínios determinados pelo instrumento.

Sabe-se que quando uma criança ou adolescente é diagnosticado com uma doença oncológica, é dado início a uma série de transformações, tanto em nível individual, quanto familiar. Em relação a este último aspecto, destaca-se a necessidade de um dos pais ou cuidadores dedicar-se integralmente ao tratamento e o afastamento da criança ou

adolescente do ambiente escolar. Estas são alterações concretas, que implicam em reorganização do cotidiano, ressaltando-se a possibilidade de ocorrência de mudanças em relação às configurações vinculares, associadas ao contato com a ameaça de perdas físicas ou simbólicas.

Os atuais resultados obtidos a partir do inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) indicam que, apesar destas demandas que emergem com o adoecimento, as famílias de crianças e adolescentes em tratamento oncológico conseguem manter e preservar seus recursos, respondendo a esta nova realidade de forma adaptativa. Esta reorganização apresentada pela dinâmica familiar é apontada na literatura como característica fortemente associada a desfechos positivos em relação à readaptação dos sobreviventes, preservando seu desenvolvimento e sua busca por autonomia durante o tratamento. Por outro lado, caso este processo esteja associado a elevado nível de estresse e à falta de suporte familiar eficaz ao cuidador, pode ocorrer a sobrecarga do mesmo, o que implica em repercussões negativas no ajustamento psicológico da criança em tratamento (Banner et al., 1996; Wolfe-Christensen et al., 2010).

O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) também tem como objetivo principal avaliar questões referentes à família, porém seu foco principal é voltado à percepção que se tem do suporte da rede familiar. Assim, corresponde a uma avaliação subjetiva do indivíduo acerca das relações que constrói e mantém com seus familiares (Banner et al., 1996; Sanjari et al., 2008; Walsh, 2005; Wolfe-Christensen et al., 2010). Os resultados relativos ao IPSF foram sistematizados de modo a compor a Tabela 2.

Tabela 2. Resultados médios e comparação estatística do IPSF em função dos grupos.

Inventário de Percepção do Suporte Familiar	Grupo*	Média	Desvio padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
I. Afetivo-consistente	G1	31,80	9,89	-1,03	0,31
	G2	34,50	6,25		
II. Adaptação Familiar	G1	21,85	5,75	-0,97	0,34
	G2	23,25	2,88		
III Autonomia Familiar	G1	13,90	3,08	-0,19	0,85
	G2	14,05	1,73		
Total	G1	67,55	17,71	-0,97	0,34
	G2	71,80	8,59		

*G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

A média total obtida no IPSF e as suas dimensões de percepção do suporte familiar apresentaram discretas diferenças entre os grupos, sempre com G1 tendo pontuação ligeiramente menor que G2 (Figura 1). Esses valores, no entanto, não se mostraram estatisticamente significativos, apontando similaridade na forma de pais de crianças com câncer e de crianças não adoecidas vivenciaram o suporte social de seus familiares.

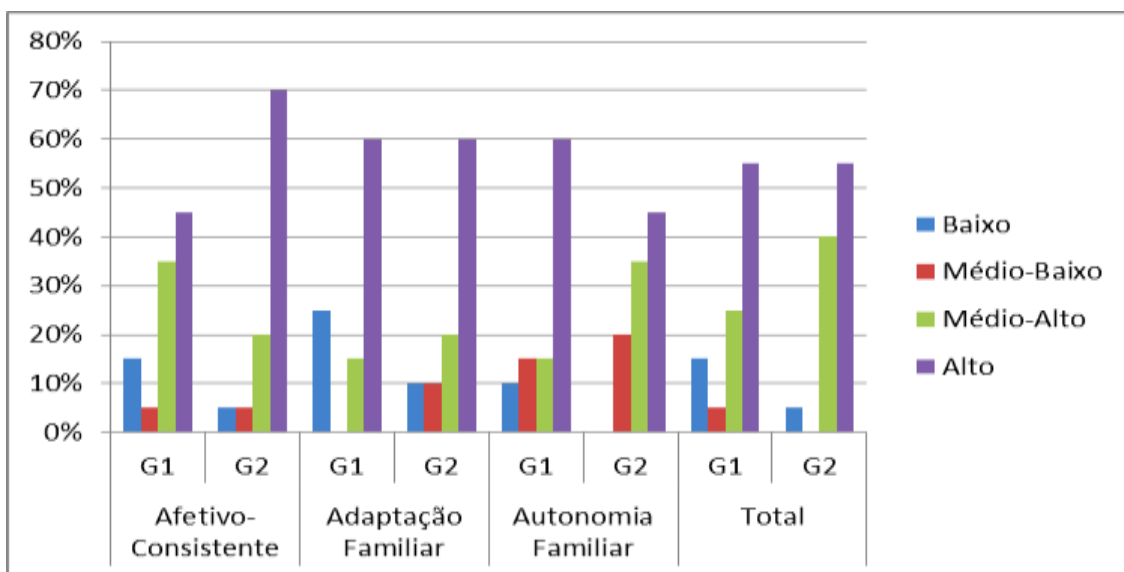


Figura 1. Distribuição dos pais/responsáveis dos dois grupos em relação aos níveis de percepção de suporte familiar (IPSF).

Em ambos os grupos, 55% da amostra se concentrou na categoria *alto* no que se refere à pontuação total no IPSF, indicando que os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes que participaram do estudo percebem elevado suporte advindo da rede familiar. Esse achado converge ao identificado na amostra normativa do manual do instrumento (Baptista, 2010).

Frente às elevadas exigências vivenciadas pela família diante do adoecimento de uma criança, a identificação de espaços e mecanismos para cuidadores expressarem sua afetividade e encontrarem acolhimento minimiza a chance de sua sobrecarga emocional. Isso favorece o fortalecimento da dinâmica da rede familiar diante da adversidade gerada pelo câncer infanto-juvenil (Banner et al., 1996; Wolfe-Christensen et al., 2010). Assim, este resultado, somado aos indícios de manutenção dos recursos familiares evidenciados pelo inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF), sugere um eficaz processo adaptativo das famílias dos participantes em tratamento oncológico.

Constatada a importância da dinâmica familiar na adaptação da criança ao câncer e compreendendo que o adoecimento exige reorganização familiar, faz-se necessário incluir pais e cuidadores na rede de assistência, englobando-os nas intervenções dos profissionais da equipe responsável. Vale ressaltar que a assistência à família não se justifica apenas diante da significativa mobilização emocional frente ao adoecimento, mas sim pela compreensão que contemplar a rede familiar na assistência é uma forma de assistir e de favorecer o cuidado oferecido ao próprio paciente. Esta é, portanto, uma linha interventiva e de cuidados direcionados não apenas à família, mas, indiretamente, também ao paciente.

Considerações finais

Os principais resultados deste estudo indicam semelhanças entre as famílias de crianças e adolescentes que vivenciam o adoecimento oncológico e seus pares saudáveis, em termos de características da dinâmica familiar. Destaca-se, por fim, indicadores que apontam para a preservação dos recursos de apoio familiar nos dois grupos de crianças e adolescentes (expostos e não expostos à situação do adoecimento). Vale ressaltar que os pais e responsáveis das crianças e adolescentes em tratamento oncológico que compuseram a amostra deste trabalho recebem assistência integral de equipe multidisciplinar, tanto no ambiente hospitalar, quanto na Casa de Apoio do GACC, com seguimento psicoterapêutico, atividades de lazer, e oferta contínua de estímulos considerados promotores da adaptação familiar diante do adoecimento. Torna-se, portanto, importante conduzir investigações em outros centros de Oncologia Pediátrica, na medida em que os cuidados supracitados podem refletir nos indícios de preservação dos recursos familiares constatados neste trabalho.

Ainda se faz necessário, entretanto, compreender quais os demais recursos pessoais e familiares disponíveis, desenvolvidos ou fragilizados diante da experiência de adoecimento, bem como estratégias adotadas pelas crianças e adolescentes na tentativa de atenuar o impacto do tratamento. Para tanto, a avaliação psicológica com os pais, crianças e adolescentes que vivenciam esta realidade faz-se de extrema importância, podendo contribuir para se compreender o impacto do câncer infanto-juvenil na dinâmica familiar e psíquica dos pacientes e seus cuidadores.

Referências

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). *Critério de Classificação Econômica Brasil* (CCEB). Acesso em 01 fevereiro de 2015, em <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Banner, L. M., Mackie, E. J., & Hill, J. W. (1996). Family relationships in survivors of childhood cancer: resource or restraint? *Patient Education and Counseling*, 28, 191-199.
- Baptista, M.N. (2010). *Inventário de Percepções de Suporte Familiar (IPSF)* São Paulo: Vetor Editora.
- Bee, H. (1996). *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia (2000) *Resolução CFP nº 016/00, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília: CFP. Disponível em http://www.crpasp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx
- Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução CNS nº. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil: CNS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Niggli, F. K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2006). Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 63.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15,135-142.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75.
- Rodrigues, F. S. S., & Polidori, M. M. (2012). Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627.
- Sanjari, M., Heidari, S., Shirazi, F., & Salemi, S. (2008). Comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 31, 185-197.

- Saur, A. M. (2012) *Riscos biológicos e aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais de uma coorte de escolares*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Silva, M. R. S., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-156.
- Souza, S. M. T., & Cervený, C. D. O. (2006). Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. *Revista Ciências Humanas*, 2(12), 21-29.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. Editora Roca.
- Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Eddington, A., & Carpentier, M. Y. (2010). The relation of caregiver demand to adjustment outcomes in children with cancer: The moderating role of parenting stress. *Children's Health Care*, 39, 108-124.
- Woodgate, R. L. (1999). Conceptual understanding of resilience in the adolescent with cancer: Part I. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1), 35-43.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

Período de exposição à depressão materna e indicadores de vulnerabilidade social em escolares

Ronoaldo Douglas Carvalho Machado

Fernanda Aguiar Pizeta

Sonia Regina Pasian

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Resumo: O período de exposição dos filhos à depressão materna é apontado pela literatura como condição relevante nos desfechos desenvolvimentais dessas crianças, embora ainda pouco investigado. Objetivou-se comparar indicadores de vulnerabilidade social de crianças em idade escolar (7-12 anos), que foram expostas precocemente à depressão materna com outras tardiamente expostas a essa adversidade crônica. Participaram desse estudo 50 díades mães-crianças, sendo as mães de idade entre 25 e 45 anos e com depressão recorrente, distribuídas em dois grupos: G1 - com crianças expostas precocemente à depressão materna (n=23), e G2 - com crianças tardiamente expostas à depressão materna (n=27). Os dados derivaram da entrevista SCID (avaliação diagnóstica das mães, incluindo período de exposição das crianças à depressão materna), Questionário Geral (dados sociodemográficos) e Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (instrumento de gestão pública para avaliar vulnerabilidade social), respondidos pelas mães. Os resultados foram examinados por estatística descritiva e inferencial não-paramétrica, de comparação entre grupos e correlacional entre variáveis com significância estatística na comparação. Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre G1 e G2 na variável socioeconômica [$\chi^2(1,50) = 3,632, p=0,05$], sendo que crianças tardiamente expostas à depressão materna sinalizaram pior condição socioeconômica (níveis C e D na Classificação ABEP). A relação entre condição socioeconômica e demais variáveis estudadas identificou correlação estatisticamente significativa e moderada com gênero da criança ($r=-0,402, p=0,004$) e escolaridade das mães ($r=0,406, p=0,003$). Foi possível empiricamente evidenciar associação entre exposição tardia das crianças à depressão materna a condições socioeconômicas menos favorecidas, evidenciando coexistência de eventos estressores na vida dessas crianças, sugerindo maior vulnerabilidade de meninas e de mães com menos escolaridade a desfechos desenvolvimentais indicativos de problemas. Destaca-se a relevância de indicadores cumulativos relativos à vulnerabilidade social de crianças expostas à depressão materna em ações de cuidado à saúde mental materno-infantil.

Palavras-chave: depressão materna; risco; vulnerabilidade social; criança.

Introdução

Dentre os transtornos mentais, a depressão pode ser atualmente considerada como maior causa de incapacidade no mundo, tendo em vista suas implicações para o cotidiano do indivíduo (World Health Organization [WHO], 2012). Sua sintomatologia inclui sentimentos de tristeza, falta de interesse ou prazer e pouca disposição para o cotidiano, além de alterações somáticas, psicomotoras e de pensamento (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014), podendo ser crônica ou recorrente. Esses sintomas causam impacto nos diversos contextos da vida da pessoa acometida, limitando-a em suas atividades e responsabilidades no dia a dia (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2007).

Devido a tais dificuldades, o impacto negativo da depressão não se restringe apenas à pessoa acometida pelo transtorno, mas também atinge sua família e outras pessoas que com ela convivem. Por acometer mais as mulheres, em comparação aos

homens (Andrade et al., 2012), especialmente aquelas mulheres em idade fértil, entre 20 e 59 anos (Máximo, 2010), e por se caracterizar como uma patologia recorrente, o transtorno depressivo pode influenciar as práticas de maternagem e o ambiente familiar (Pizeta, Silva, Cartafina, & Loureiro, 2013).

No contexto familiar, destaca-se a associação da depressão também com outras variáveis de risco, definidas enquanto condições que aumentam a probabilidade de um desfecho desenvolvimental negativo, que ameaça o bem estar do indivíduo (Papalia & Feldman, 2013). Esses autores também apontam variáveis ambientais que indiretamente influenciam o desenvolvimento humano na medida em que afetam seu contexto de vida, tal como a pobreza, evidenciando-se o papel de condições de vulnerabilidade ao indivíduo. Um indivíduo inserido em situação de vulnerabilidade torna-se mais limitado e propenso a responder inadequadamente perante contextos de risco, potencializando-os, na medida em que favorecem efeitos negativos em sua vivência com o meio (Oviedo & Czeresnia, 2015).

Silva (2010), em estudo de revisão da literatura científica, analisou 48 artigos brasileiros que abordaram associação entre problemas de saúde mental e desvantagem econômica para amostras variadas (crianças, adolescentes e adultos, população advinda da zona rural e urbana). Evidenciou que aspectos sociais, como violência e baixo nível socioeconômico, influenciam negativamente a saúde mental e destacou que tais variáveis associadas à baixa escolaridade e gênero feminino para as crianças foram condições que aumentaram a prevalência de transtornos mentais não psicóticos na infância.

Indicadores sociodemográficos também foram alvo de Goodman et al. (2011) em sua metanálise que, a partir de 193 artigos empíricos, buscaram identificar características das famílias que viviam com a depressão materna. Destacaram a presença de pobreza, monoparentalidade, pertencimento a minorias étnicas, enquanto condições relativas ao ambiente dessas famílias, bem como observaram que o gênero feminino e idade menor nas crianças eram variáveis relevantes nesse contexto. Os autores sugeriram a necessidade de avaliação desses indicadores em grupos de risco psicossocial, com destaque à pobreza, ponderando sua importância para se compreender o impacto da depressão materna para os filhos, sobretudo em condições distintas de vulnerabilidade.

Além dessa metanálise, outros estudos empíricos também identificaram a associação relevante entre a depressão materna e a baixa escolaridade materna (Lengua

et al., 2008), a qual esteve associada à monoparentalidade e baixo status socioeconômico no estudo de Talati et al. (2007) e à baixa renda e baixo nível socioeconômico no estudo de Thompson et al. (2010). A associação entre depressão materna e gênero da criança apareceu como interferente nos desfechos desenvolvimentais dos filhos expostos a tal adversidade (Foster, Garber, & Durlak, 2008).

Diante dessas evidências, o ambiente familiar pode se configurar enquanto condição de vulnerabilidade para pessoas que convivem com a depressão materna, caso vincule-se a outras adversidades que potencializam prejuízos diversos. Dentre as variáveis adversas mais estudadas em associação com depressão materna encontram-se condições sociodemográficas, sobretudo indicadores de pobreza. Estes indicadores pautam-se em diversos aspectos, como renda familiar, escolarização, condições de saúde e moradia, além do reduzido repertório de enfrentamento a adversidades (Ferreira, Dini, & Ferreira, 2006).

Além de indicadores relacionados à vulnerabilidade social, Goodman et al. (2011) deram destaque para a idade de exposição das crianças à depressão materna enquanto condição relevante a ser compreendida nesse cenário, mas ainda pouco explorada pelos estudos empíricos. Goodman e Gotlib (1999) já haviam apontado a influência do período de exposição da criança à depressão materna em desfechos negativos no desenvolvimento infantil, sugerindo maior prejuízo quanto mais precocemente as crianças vivenciassem essa situação. O maior tempo de exposição à depressão materna também foi considerado por Psychogiou e Parry (2013) como variável de relevo na compreensão da adaptação ou fracasso no desenvolvimento infantil.

A partir do exposto, investigações científicas que visem identificar a associação entre período de exposição de crianças à depressão materna e indicadores de vulnerabilidade social tornam-se necessárias, sobretudo pela complexidade envolvida na área e reduzido número de estudos empíricos disponíveis até o momento. Poder-se-á verificar se crianças que convivem há mais tempo com a depressão materna (exposição precoce) estariam expostas a mais situações de vulnerabilidade social. A partir disso, vislumbra-se a possibilidade de identificar um perfil de vulnerabilidade das famílias, tornando possível planejar intervenções favorecedoras de saúde mental junto a esse conjunto de indivíduos, de modo a se evitar complicações adicionais no desenvolvimento infantil.

Objetivo

Objetivou-se comparar indicadores de vulnerabilidade social de famílias de crianças em idade escolar (7-12 anos) e que foram expostas precocemente à depressão materna recorrente, comparativamente a outras tardiamente expostas a essa adversidade crônica. Tomou-se como variáveis de vulnerabilidade social indicadores sociodemográficos relativos a gênero e idade das crianças, escolaridade materna, renda familiar, estado civil das mães, escolaridade do chefe da família e escores do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

Método

O presente estudo tem por base delineamento transversal, correlacional, de comparação entre grupos, utilizando dados quantitativos obtidos a partir de distintas fontes e instrumentos de avaliação.

Participantes

Participaram do estudo 50 mães, com idades entre 25 e 45 anos, que apresentam o problema em estudo (depressão materna recorrente, avaliada sistematicamente por instrumento diagnóstico), e que possuíam filhos em idade escolar, na faixa etária de sete a 12 anos de idade, de ambos os sexos, sem deficiências aparentes e residentes com suas mães biológicas. Trata-se de amostra não aleatória, clínica de conveniência, identificada em serviços ambulatoriais de saúde mental do Município de Ribeirão Preto (SP), responsáveis pelo atendimento aos moradores dos distritos Leste, Sul, Norte e Oeste, respectivamente, abrangendo quatro dos cinco distritos existentes no referido Município. As mães foram distribuídas em dois grupos, a saber: G1 – 23 mães cujos filhos foram precocemente expostos (até três anos de idade) à depressão materna e G2 – 27 mães cujos filhos foram tardiamente expostos (após três anos de idade) à depressão materna.

Para seleção das mães, foram consideradas as manifestações do transtorno depressivo com base nos critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1989/2014), sendo incluídas mulheres que apresentaram pelo menos um episódio grave ou moderado nos últimos dois anos, sem episódios nos últimos seis meses. Foram excluídas da amostra mulheres com diagnósticos de depressão maior com episódio

único ou exclusivamente com episódios leves nos últimos dois anos, e mulheres que apresentaram comorbidades com outras doenças crônicas.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos nesse trabalho:

- a) *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID)*: utilizada para sistemática avaliação diagnóstica das mães. Trata-se de entrevista semiestruturada, padrão-ouro na avaliação clínica de transtornos psiquiátricos, traduzida e adaptada para a população brasileira (Del-Ben, 1995; Del-Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labate, & Zuardi, 2001), com satisfatórios indicadores psicométricos. Os dados da Revisão Geral da SCID também foram utilizados para composição dos grupos de comparação, em razão da exposição precoce ou tardia das crianças à depressão materna. Os dados obtidos na SCID foram codificados de acordo com as proposições do instrumento, sendo incluída no presente estudo a variável depressão materna enquanto condição de risco ao desenvolvimento infantil, codificada quanto à exposição precoce (até três anos de idade) ou tardia (idade pré-escolar e escolar) da criança à depressão materna.
- b) *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)*: utilizado para avaliação da exposição aos níveis de vulnerabilidade social. Trata-se de instrumento de gestão pública, desenvolvido em 2000 pela Fundação SEADE, a partir de informações do Censo Demográfico daquele mesmo ano, para os municípios paulistas. Para o Município de Ribeirão Preto (SP), Roza (2011) elaborou um mapa de distribuição dos escores de vulnerabilidade do IPVS, adotando-se referenciais por distrito de saúde. Agruparam-se os escores do IPVS de forma a contemplar níveis contrastantes de vulnerabilidade social, a saber: nível mais alto de vulnerabilidade social (escore 1 a 3 do IPVS) e nível mais baixo de (escore 4 a 6 do IPVS).
- c) *Questionário Geral*: elaborado para a finalidade de levantar informações que compuseram as variáveis sociodemográficas e de condições específicas dos membros das famílias (Pizeta, 2014). Para a avaliação do nível socioeconômico, foram utilizados os itens do Critério Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (2010).

Procedimentos

As mães foram contatadas por telefone, carta ou nos serviços de saúde mental, sendo orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, seus benefícios e riscos. Após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se à avaliação das mães em locais que atenderam a conveniência das mesmas, preservando-se a privacidade e sigilo. As sessões de coleta de dados foram individuais, face a face, sendo realizadas por psicólogos e alunos de Psicologia bolsistas de Iniciação Científica (FAPESP e CNPq), sob supervisão de uma das autoras. A possibilidade de entrevista devolutiva foi oferecida às mães participantes, tendo sido agendada e realizada com todas as mães que manifestaram tal interesse, com duração aproximada de 30 minutos.

Os dados obtidos foram digitados em planilha do Excel[®] e analisados por meio de estatística descritiva e de comparação entre grupos, a partir do software IBM SPSS Statistics (v. 23; IBM SPSS, Chicago, IL), adotando-se nível de significância de 0,05. Para tomada de decisão sobre os testes estatísticos utilizados para cada conjunto de variáveis, foram realizados inicialmente os testes de normalidade dos resultados (Shapiro-Wilk com correção de Lilliefors para a significância). Para as comparações entre os grupos de crianças expostas precoce e tardiamente à depressão materna, procedeu-se à aplicação de testes de associação quanto às variáveis sociodemográficas, utilizando-se o teste do Qui-Quadrado. Foi realizada também a análise de correlação de Spearman, entre indicadores de vulnerabilidade social e variável com diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, analisando-se o tamanho do efeito das correlações com significância estatística.

Resultados e Discussão

Os resultados são apresentados e discutidos concomitantemente, com destaque para os dados das mães, crianças e suas famílias quanto às variáveis sociodemográficas. Posteriormente focalizar-se-á os dados relativos a associações e correlações entre as variáveis.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos para o total das participantes e para os grupos, de acordo com o período de exposição à depressão materna (G1 – exposição precoce e G2 – exposição tardia).

Tabela 1: *Dados descritivos (frequência simples e porcentagem) das variáveis sociodemográficas em função dos grupos de crianças.*

VARIÁVEIS		GRUPOS*		TOTAL (n=50) f (%)
		G1 (n=23) f (%)	G2 (n=27) f (%)	
CRIANÇAS				
Gênero	Masculino	13 (56,5)	11 (40,7)	24 (48,0)
	Feminino	10 (43,5)	16 (59,3)	26 (52,0)
Escolaridade	1º a 5º ano	11 (47,8)	18 (66,7)	29 (58,0)
	6º a 9º ano	12 (52,2)	09 (33,3)	21 (42,0)
MÃES				
Escolaridade	Até 8 anos	12 (52,2)	19 (70,4)	31 (62,0)
	Mais de 8 anos	11 (47,8)	08 (29,6)	19 (38,0)
Constituição familiar	Monoparental	13 (56,5)	20 (74,1)	33 (66,0)
	Biparental	10 (43,5)	07 (25,9)	17 (34,0)
Ocupação	Assalariada	14 (60,9)	13 (48,1)	27 (54,0)
	Recebe benefício	02 (08,7)	04 (14,8)	06 (12,0)
	Sem trabalho	07 (30,4)	10 (37,0)	17 (34,0)
Número de Filhos	1 a 3	04 (17,4)	06 (22,2)	10 (20,0)
	4 a 5	19 (82,6)	21 (77,8)	40 (80,0)
FAMÍLIA				
Classe	A e B	12 (52,2)	07 (25,9)	19 (38,0)
Socioeconômica**	C e D	11 (47,8)	20 (74,1)	31 (62,0)
Renda Mensal***	< 3 salários mínimos	12 (52,2)	14 (51,9)	26 (52,0)
	≥ 3 salários mínimos	11 (47,8)	13 (48,1)	24 (48,0)
Escolaridade chefe família	Até 8 anos	13 (56,5)	18 (66,7)	31 (62,0)
	Mais de 8 anos	10 (43,5)	09 (33,3)	19 (38,0)
IPVS	Baixa	16 (69,6)	18 (66,7)	34 (68,0)
(Vulnerabilidade social)	Alta	07 (30,4)	09 (33,3)	16 (32,0)

*G1: grupo de mães cujos filhos foram expostos precocemente à depressão materna recorrente; G2: grupo de mães cujos filhos foram expostos tardiamente à depressão materna recorrente; IPVS: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.

**Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (2010).

***Calculada em salário mínimo, vigente à época da entrevista.

A média de idade das mães que participaram do estudo é de 36,60 anos (DP=5,16), sendo a média das mães de G1 de 37,91 anos (DP=5,35) e de G2 de 35,48 anos (DP=4,81). As crianças apresentaram média de idade de 10,08 anos (DP=1,69) para o total da amostra, tendo as crianças de G1 apresentado média de 10,32 anos (DP=1,62) e G2, média de 9,87 anos (DP=1,75). Destaca-se que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos quanto à idade das mães e das crianças incluídas.

Quanto ao gênero da criança, foram incluídos 13 meninos e 10 meninas em G1 e 11 meninos e 16 meninas em G2, totalizando 24 crianças do sexo masculino e 26 crianças, do feminino. As crianças frequentavam o ensino fundamental, sendo predominantemente nos primeiros anos da escolarização formal para G2 (66,7%) enquanto G1 contemplava maior número de crianças inseridas nos anos seguintes (52,2%). Em relação a tais variáveis, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos.

Quanto às mães, observou-se que a maioria apresentava até oito anos de escolarização (62%), pertencia a família monoparental (66%), era assalariada (54%) e possuía mais de três filhos (80%). Esse perfil se manteve nessa proporção também em G1 e G2. Tais dados reiteram estudos empíricos que associam a depressão materna a menor escolarização (Lengua et al., 2008; Talati et al., 2007; Tompson et al., 2010) e à monoparentalidade (Goodman et al., 2011), confirmando evidências quanto a cenários com fatores de risco cumulativo.

A comparação de G1 e G2 nessas variáveis sociodemográficas relativas às mães não apontou diferenças estatisticamente significativas. Desse modo, o perfil encontrado configura grupos compostos por mães com depressão recorrente e equiparáveis em termos sociodemográficos, independentemente do período de exposição da criança à depressão materna. Destaca-se, no entanto, que nesta amostra a maioria das mães trabalhava (54% assalariadas), sinalizando que, no momento da avaliação, estavam assintomáticas, com seus rendimentos preservados.

Quanto aos dados relativos às condições socioeconômicas das famílias, houve predomínio das classes econômicas C e D (62%). No entanto, a maioria das famílias de G1 pertencia às classes A e B, enquanto as de G2, às classes C e D. Na comparação entre os grupos, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre G1 e G2 quanto a tal variável [χ^2 (1,50) = 3,632, $p=0,05$], sendo que crianças tardiamente expostas à depressão materna (G2) estiveram associadas à pior condição econômica. A renda mensal de até três salários mínimos predominou entre as famílias (52%), com perfil semelhante para G1 e G2.

Outra característica predominante foi a escolaridade de até oito anos para o chefe da família (62,0%), perfil semelhante encontrado em G1 (56,5%) e em G2 (66,7%). Ressalta-se, ainda, que das 50 mães que participaram do estudo, nove eram elas próprias chefes da família, auferindo maior ou única renda para subsistência. Em relação ao IPVS, a maioria das famílias encontrava-se em situação de baixa

vulnerabilidade social (68,0%), sendo essa condição semelhante em G1 (69,6%) e em G2 (66,7%).

A análise comparativa entre os contextos familiares dos grupos para as variáveis sociodemográficas consideradas como adversas não apontou diferenças estatisticamente significativas, com exceção da variável classe econômica. Isso indica que os grupos mostraram-se homogêneos em relação a idade e gênero da criança, idade materna e escolaridade materna, estado civil das mães, renda mensal e indicadores de vulnerabilidade social medidos pelo IPVS. Coloca-se em relevo, assim, a classe econômica como condição que distingue os dois grupos, tendo sido avaliada a partir de indicadores relativos aos recursos materiais da moradia, à posse de bens e ao grau de escolaridade do chefe de família, conforme Critério ABEP de 2010.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas em quase todas as variáveis comparadas aponta para um perfil que tem se mostrado como característico das famílias que convivem com a depressão materna, as quais parecem expostas às mesmas condições de vulnerabilidade social, com exceção da classe econômica. Esse perfil familiar reitera evidências da literatura científica que explicita a vulnerabilidade social como condição relevante a ser analisada para os desfechos desenvolvimentais ao longo do ciclo vital (Papalia & Feldman, 2013), destacando a necessidade de se utilizar outros indicadores relativos a pobreza e não apenas a renda familiar (Ferreira, Dini, & Ferreira, 2006).

Buscou-se verificar, então, possíveis correlações da classe econômica com os demais indicadores sociodemográficos para o total da amostra. Identificou-se relação estatisticamente significativa da classe econômica com o gênero da criança ($r=-0,402$, $p=0,004$) e com escolaridade das mães ($r=0,406$, $p=0,003$) e do chefe da família ($r=0,491$, $p<0,001$). Assim, notou-se moderada associação entre menor condição econômica e sexo masculino, bem como com menor escolaridade materna e com menor escolaridade do chefe da família. Destaca-se que dessas variáveis aquela relativa à escolaridade do chefe da família foi a que apresentou maior tamanho do efeito ($r^2=0,241$).

Para os casos de G1, observou-se correlação estatisticamente significativa entre classe econômica e gênero da criança ($r=0,565$, $p<0,005$), com tamanho do efeito de 0,319, evidenciando que os meninos se correlacionaram a menor condição socioeconômica. Para G2, identificou-se correlação estatisticamente significativa entre classe econômica e renda familiar ($r=0,614$, $p<0,001$) e escolaridade do chefe da

família ($r=0,657$, $p<0,001$), tendo a segunda correlação maior tamanho do efeito ($r^2=0,377$). Para esse grupo, a menor renda familiar e a menor escolaridade do chefe da família estiveram correlacionadas a pior condição econômica.

Essas correlações entre variáveis sociodemográficas e econômicas sinalizam para cenários familiares de risco cumulativo, destacando que a escolaridade dos adultos, a renda e o gênero da criança atuam de forma relevante nessas famílias que convivem com a depressão materna recorrente. Assim, nos casos de crianças expostas precocemente à depressão materna (G1), ser menino foi uma variável relevante, relacionada à condição socioeconômica; enquanto que para as mães com filhos expostos tardiamente à depressão materna (G2), as variáveis de relevo foram renda e escolaridade do chefe de família.

Ao comparar grupos cujas mães tiveram filhos expostos à depressão materna em momentos diferentes do ciclo vital (precoce, entre zero e três anos de idade, ou tardiamente, no período pré-escolar e escolar), evidencia-se a variável classe econômica como condição de destaque. Para cada um dos grupos, tal variável de vulnerabilidade se relacionou a indicadores específicos, o que pode se configurar em cenários particulares de vida, com consequentes demandas de enfrentamento dos membros familiares. Esses achados podem contribuir para a compreensão de variáveis de risco cumulativo referentes às condições sociodemográficas de famílias que convivem com a depressão materna recorrente, bem como daquelas que tiveram seus filhos expostos precoce ou tardiamente a tal psicopatologia materna, o que poderá nortear a avaliação sistemática dos diversos atores que atuam na prática em saúde mental materno-infantil.

Conclusão

Foi possível empiricamente evidenciar associação entre exposição tardia das crianças à depressão materna a condições socioeconômicas menos favorecidas, evidenciando coexistência de eventos estressores na vida dessas crianças, sugerindo maior vulnerabilidade de meninos e de mães com menos escolaridade para o total da presente amostra. Os dados sinalizam ainda para a possibilidade de maior vulnerabilidade para os meninos expostos mais precocemente à depressão materna recorrente e, com maior tamanho do efeito, para famílias com menor renda e escolaridade.

Desse modo, este trabalho oferece dados para se compreender a relação entre indicadores de vulnerabilidade social e depressão materna recorrente. Foram

comparados dois momentos diferentes de exposição das crianças à depressão materna, delineamento de pesquisa ainda pouco presente na literatura científica da área até esse momento.

Configuram-se, como limite desse estudo, seu delineamento transversal e seu tamanho amostral, relativamente pequeno, e de conveniência, que dificultam o processo de generalização dos achados. Estudos adicionais sobre o tema poderão ser desenvolvidos com delineamentos distintos e que incluam variáveis clínicas da depressão materna, tal como tempo da doença, tratamento, número de episódios e percepção materna sobre sua condição de saúde. Destaca-se, todavia, como aspecto relevante do presente trabalho, o criterioso e sistemático diagnóstico utilizado para a seleção das mães, enquanto cuidado metodológico importante.

Diante das considerações apresentadas, evidencia-se a importância de se considerar indicadores cumulativos relativos à vulnerabilidade social de crianças expostas à depressão materna na prática de cuidados em saúde mental. A consideração dessa complexa rede de variáveis também deve ser examinada em futuros estudos dessa temática.

Referências

- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., & Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2), e31879. doi: 10.1371/journal.pone.0031879
- Associação Americana de Psiquiatria [APA] (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Del-Ben, C. M. (1995). *Estudo da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico obtido através da entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R (SCID) em serviço ambulatorial de um hospital escola*. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV – versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3(23), 156-159. doi: 10.1590/S1516-44462001000300008

- Ferreira, M. P., Dini, N. P., & Ferreira, S. P. (2006). Espaços e dimensões da pobreza nos municípios de São Paulo: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. *São Paulo Perspect*, 20, 5-17.
- Foster, C. J. E., Garber, J., & Durlak, J. A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *The Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 527-537.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connel, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1
- Lengua, L. J., Bush, N. R., Longo, A. C., Kovacs, E. A., & Trancik, A. M. (2008). Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. *Development and Psychopathology*, 20(2), 509–528.
- Máximo, G. da C. (2010). *Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado em 20 de abril de 2015, de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/AMSA-8BCKKK>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1989/2014). CID 10: *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10ª revisão*. São Paulo: Edusp.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2007). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oviedo, M. A. R., & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 237-249.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed.). AMGH: Porto Alegre.

- Pizeta, F. A., Silva, T. B. F., Cartafina, M. I. B., & Loureiro, S. R. (2013). Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: uma revisão. *Estudos de Psicologia* (Natal), 18(3), 429-437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-294X2013000300003
- Psychogiou, L., & Parry, E. (2014). Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role? [Editorial]. *Psychological Medicine*, 44(7), 1345-1347. doi: 10.1017/S0033291713001931
- Roza, D. L. (2011). *Padrões espaço-temporais da incidência da tuberculose em Ribeirão Preto, SP: uso de um modelo bayesiano auto-regressivo condicional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 05 janeiro, 2015, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponíveis/17/17139/tde-20092011-161413/>
- Silva, D. F. (2010). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 175-185.
- Talati, A. et al. Remission of maternal depression and child symptoms among single mothers: a STAR*D-child report. (2007). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 962-71.
- Tompson, M. C. et al. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 105–117.
- World Health Organization [WHO] (2012). *Depression* (Fact sheet N°369). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Relato de experiência em Avaliação Psicológica no CAPS de Irauçuba - CE

Leilane Henriette Barreto Chiappetta Santana

Instituto de Pós-Graduação, Universidade Federal do Ceará e Universidade Tiradentes

Resumo: *Introdução:* O CAPS constitui-se um grande avanço da saúde pública no tratamento e reabilitação de portadores de transtornos mentais graves cabendo ao psicólogo o psicodiagnóstico dos usuários, acompanhamento, interação nos espaços comunitários e outros serviços de saúde, orientação na elaboração do projeto terapêutico, dentre outros, entretanto ressalva-se que o psicodiagnóstico pode ser considerado um dos alicerces que legitima prática profissional. *Objetivos:* Este artigo tem como objetivo dissertar sobre o uso de instrumentos de avaliação no âmbito da saúde pública, num serviço de saúde mental, na cidade de Irauçuba, no estado do Ceará. *Método:* As estratégias utilizadas foram entrevistas, visitas domiciliares e uso de técnicas projetivas, no psicodiagnóstico de usuários do CAPS, na cidade de Irauçuba-CE. *Resultados:* O principal teste projetivo utilizado para avaliação de indicadores psicopatológicos foi o HTP (Casa-Árvore-Pessoa), por apresentar respostas mais objetivas no tocante a vivência de conflitos interpessoais, percepção do ambiente e estados emocionais do sujeitos, sendo possível delimitar a hipótese diagnóstica dentre o grupo de transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, transtornos psicóticos e transtornos decorrentes ao uso de substâncias. *Conclusão:* A avaliação psicológica no contexto da saúde pública municipal, especificamente na saúde mental, enfrenta diversos desafios, sendo o principal a falta de investimento na instrumentalização para a utilização de testes, acarretando na fragilização do saber psicológico na prática do psicodiagnóstico e consequentemente corrobora na certificação do saber médico como único modelo diagnóstico. Desta forma, é requerido do profissional desprendimento do modelo de formação focado no atendimento clínico individual e criatividade na elaboração de ações mais integradas às necessidades da população.

Palavras-chave: *Avaliação psicológica; Psicodiagnóstico; Saúde Mental; Saúde Pública; Técnicas Projetivas*

Introdução

Considerado um grande avanço da saúde pública brasileira no processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) proporcionam aos usuários acompanhamento especializado, contínuo e personalizado, de acordo com as peculiaridades de cada caso, com o objetivo de oferecer atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2011).

A proposta clínica do serviço é oferecer tratamento a pacientes com transtornos mentais graves ou decorrentes de uso de substâncias fora do modelo asilar permitindo ao usuário o convívio familiar, a reinserção social e a garantia de direitos, como cidadania, autonomia e liberdade. O trabalho com pacientes graves requer dos profissionais pleno domínio de conhecimentos acerca da psicopatologia e metodologias de tratamento, dentro dessa perspectiva a atuação do psicólogo se torna fundamental na elaboração das estratégias de intervenção, assim os resultados obtidos no processo de avaliação psicológica irão embasa o prognóstico dos usuários.

Dentro da literatura existem poucos artigos que se detenham a dissertar especificamente sobre o processo de avaliação psicológica em saúde mental, com a utilização de testes psicológicos, dentro do contexto da saúde pública. Embora seja comum encontrar diversos estudos sobre a atuação profissional do psicólogo na saúde pública, o foco desses trabalhos não contempla, propriamente, o tema da avaliação psicológica, no entanto buscam descrever as diversas possibilidades na inserção da atuação profissional.

Dessa forma, pretende-se por meio deste trabalho descrever um relato de experiência profissional sobre o uso de testes psicológicos no processo de avaliação psicológica no campo da saúde pública, especificamente num serviço de saúde mental, localizado no município de Irauçuba, no estado do Ceará. Serão expostas, a seguir, as práticas estabelecidas para o serviço do CAPS, os métodos e procedimentos realizados, bem como os entraves no trabalho do psicólogo.

Atuação do psicólogo no serviço de atenção psicossocial

O trabalho na saúde mental tem ganhado novos contornos nas últimas décadas através das mudanças propostas pelo ministério da saúde foi criada uma nova estrutura baseada no modelo em redes de atenção à saúde, logo as ações em saúde mental organizadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por distintos dispositivos, os quais podemos citar as residências terapêuticas, consultórios de rua, unidade de acolhimento, componente hospitalar e, por fim, os centros de atenção psicossocial.

A atuação do psicólogo na saúde mental demanda diversas competências do profissional para lidar não apenas com aspectos intrapsíquicos dos usuários, mas também os aspectos ligados a sua realidade socioeconômica, familiar, educacional, situação de saúde, uso de medicamentos, dentre outros (Pereira, 2007). Nesse sentido, o exercício profissional é ampliado sendo difícil determinar os limites da atuação da psicologia da saúde, da psicologia social e da psicologia comunitária, ou seja, o trabalho na área da saúde mental não é dissociado dessas áreas, mas significa que estão intimamente ligadas cabendo ao profissional o manejo adequado desses aspectos.

Descritos como um serviço de atenção psicossocial os CAPS recebem uma população específica, muitas vezes, com quadros de adoecimento agudo ou em cronificação requerendo um cuidado personalizado por período de tempo que a doença exija, assim a avaliação psicológica e psiquiátrica são partes integrantes da triagem com

a finalidade de elaboração de um projeto terapêutico individualizado que atenda das demandas que o caso requer (Cantele, Arpini & Roso, 2012).

O CAPS se pauta pela prerrogativa na inserção da família no processo de tratamento do usuário como ferramenta de reabilitação que amplia a capacidade de autonomia ao perceberem a retomada das atividades diárias, assim se tornam participativas e ativas no acompanhamento do sujeito. Embora, garantir a participação familiar nesse processo seja bastante árduo, pois como apontado por Esperidião (2001) a ausência dos familiares nas atividades do serviço podem ter diversas justificativas como a dificuldade em assumir responsabilidades que o tratamento de um familiar pode acarretar, sentimento de sobrecarga na relação com o usuário, gastos financeiros no deslocamento até a unidade de atendimento, desestrutura do arranjo familiar e dentre outros.

As atividades de acompanhamento familiar, busca-ativa, e visitas domiciliares são excelentes fontes para coletar informações sobre a dinâmica familiar, como o sujeito é percebido no núcleo familiar, como se estabelecem as relações com os membros da família ou com o meio social e, até mesmo, a percepção do usuário sobre os aspectos citados quando o quadro psicopatológico não compromete a expressão dos pensamentos.

A atuação com uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais enriquece as trocas de experiências, percepções e conhecimentos favorecendo a criação de estratégias de intervenção. Deve-se ressaltar que qualquer ação de intervenção deve preferencialmente envolver outros dispositivos locais de saúde, educação e assistência com a finalidade de garantir eficácia na inclusão e reabilitação do usuário.

Considerações acerca da avaliação psicológica

Compreende-se avaliação psicológica como um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos resultantes da relação do sujeito com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas, como métodos, técnicas e instrumentos, a fim de obter amostras do fenômeno avaliado (Conselho Federal de Psicologia, 2003).

Os pesquisadores Chiodi e Wechsler (2008) destacam a concordância de diversos autores sobre o risco de restringir a avaliação psicológica apenas à aplicação

de testes o que reduz o desempenho do sujeito a resultados estatísticos que pouco revelam sobre a sua dinâmica funcional. O pressuposto da avaliação psicológica compreendida como um processo composto por diversos procedimentos de coleta de dados é unanimidade por muitos autores, tendo Primi (2003) acrescentado que os resultados obtidos no processo de avaliação psicológica devem ser embasados por alguma teoria, o que permite que "possam ser testadas, eventualmente aprimoradas, contribuindo para o maior desenvolvimento da Psicologia e para a integração entre ciência e profissão".

Um aspecto importante do psicólogo que faz uso de testes psicológicos é o entendimento de qual constructo que se pretende avaliar, qual teste apresenta melhores evidências psicométricas e qual referencial teórico embasará as análises dos resultados. (Primi, 2003). Essa competência exige conhecimento sobre o teste, o contexto particular em que ele vai ser usado e responsabilidades técnicas e éticas determinadas pelo Conselho Federal de Psicologia.

Wechsler (1999) afirma que ao selecionar um teste psicológico, o psicólogo deve considerar as características psicométricas do instrumento, tais como "sensibilidade, validade, precisão e existência de normas específicas ou gerais para a população brasileira", além de verificar se o manual possui informações necessárias para aplicação, correção e interpretação (p. 136).

Método

Trata-se de um estudo descritivo acerca de um relato de experiência sobre a utilização de instrumentos na avaliação psicológica em um serviço de saúde mental, na saúde pública, utilizando como procedimentos para coleta de informações a observação, entrevistas, visitas domiciliares e institucionais e uso de técnicas projetivas no psicodiagnóstico de usuários do CAPS de Irauçuba.

O município de Irauçuba está localizado a 149 km de Fortaleza, a nordeste do estado do Ceará, conta com mais de 23 mil habitantes, desta forma cumpre os requisitos estabelecidos pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, comportando o serviço do CAPS I. Atualmente o serviço possui 311 prontuários ativos com diagnóstico confirmado, ou seja, que passaram por avaliação psicológica e psiquiátrica e que mantém acompanhamento regular.

Discussão

No campo da saúde pública em saúde mental a avaliação psicológica tem a finalidade de elucidar aspectos psicopatológicos de determinado sujeito, auxiliar a elaboração de projetos terapêuticos individualizados e nortear o foco da reabilitação por meio de um conjunto de ações que visem aumentar habilidades do sujeito envolvendo todos que exercem influência do processo de saúde-doença, assim diminuindo o dano causado pelo transtorno mental.

Pasquali et al. (2006) esclarece que as etapas da avaliação psicológica podem ser compostas por anamnese, seleção de testes, aplicação dos testes ou escalas, correção e interpretação dos resultados, elaboração do laudo e devolutiva e, quando necessário, discussão de caso com outros profissionais.

Todavia compreende-se que as etapas apresentadas são adequadas para atuação no contexto clínico, o que difere na prática em saúde mental que requer adequações para esse contexto. Nesse sentido será apresentada uma proposta de avaliação realizada no CAPS de Irauçuba levando em consideração as especificidades da atuação multiprofissional, comunitária e integrada com outros setores da administração pública.

Entrevista Psicológica

De acordo com Bleger (1998) a entrevista é uma técnica de investigação científica que no contexto psicológico tem a finalidade de compreender o comportamento total de um indivíduo. No contexto da saúde, a entrevista busca realizar o levantamento de dados referentes à condição geral do usuário e delimitar a demanda, por meio de uso de procedimentos como a observação direta do comportamento e protocolos de anamnese.

O mesmo autor define anamnese como um compilado "de dados preestabelecidos, de tal amplitude e detalhe, que permita obter uma síntese tanto da situação presente como da história de um indivíduo, de sua doença e de sua saúde" (p. 5). As entrevistas iniciais permitem compreender as principais queixas que motivaram a busca por atendimento, os dados da história do paciente, assim como a contextualização do quadro, contudo, em alguns casos, traçar o histórico de saúde do sujeito é uma tarefa complexa, pois em função do próprio adoecimento o sujeito não é capaz de relatar seu histórico de saúde, assim o profissional deve recorrer a outras estratégias para levantamento de informações, tais como a entrevista com familiares, visitas domiciliares e visitas institucionais.

Visitas domiciliares e institucionais

As visitas domiciliares são atividades desenvolvidas pelo CAPS como estratégia de acompanhamento contínuo fora dos limites do serviço que permite conhecer a realidade social que o usuário está inserido, compreender sua dinâmica familiar, quais papéis sociais esse sujeito desempenha e quais as percepções que o usuário mantém do meio onde vive e quais percepções lhe são imputadas. É a partir dessa configuração que o sujeito vai atribuir sentidos aos fenômenos observados e agir de acordo com esse sentido, afinal o sujeito é formado pelos espaços sociais em que circula (Pietroluongo & Resende, 2007).

De modo semelhante, as visitas institucionais têm o objetivo de coletar informações sobre alguns aspectos da vida do usuário que não puderam ser levantadas na entrevista inicial ou com os familiares. Um exemplo são os históricos de internação, histórico de saúde e situação de saúde atual, uso prévio de psicofármacos, se possui alguma doença crônica não transmissível (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças respiratórias, dentre outras). Posteriormente as visitas institucionais buscam promover ações integradas com setores da educação, assistência social, vigilância sanitária, assistência farmacêutica e desenvolvimento urbano, além de outros serviços de saúde local quando há demandas que requeriam ações intersetoriais.

Encaminhamentos e solicitação de exames laboratoriais

Durante o processo de avaliação e tratamento costumam surgir demandas que extrapolam as competências dos psicólogos, cabendo assim encaminhamentos para avaliação de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros) ou até mesmo a solicitação de exames laboratoriais com finalidade diagnóstica. Quando alguns usuários costumam ausentar-se dos atendimentos na unidade básica de saúde costumam ser encaminhados por qualquer profissional do CAPS para a realização de exames laboratoriais, pois os resultados podem apontar a existência alguma comorbidade que auxiliar na compreensão do caso.

Testes psicológicos

A aplicação de testes psicológicos no processo de avaliação é realizada apenas quando o usuário está familiarizado com a rotina do serviço e quando há uma vinculação entre o usuário e o psicólogo que o acompanha, caso contrário o sujeito pode rejeitar participar da excussão de tarefas do teste.

O principal teste projetivo utilizado para avaliação de personalidade e que aponta indicadores psicopatológicos foi o HTP (Casa-Árvore-Pessoa) por fornecer informações sobre como o sujeito experimenta sua individualidade em relação aos outros e ao seu ambiente. As tarefas de conteúdo lúdico permitem que o sujeito possa expressar através do desenho elementos da sua personalidade e de áreas de conflito, significados, simbolização e sentimentos pessoais que extrapolam as qualidades reais da tarefa, uma vez que não oferece o risco de colidir com a realidade (Buck, 2003)

O segundo teste utilizado, porém com menor frequência, é o Teste de Apercepção Temática (TAT), que consiste em apresentar uma série de pranchas, selecionadas pelo psicólogo ao sujeito que deverá, assim, contar uma história sobre cada uma das pranchas. São analisados os conteúdos dessas histórias que oferecem componentes importantes da personalidade decorrentes de tendências psicológicas.

A tendência que o sujeito possui para interpretar uma situação humana ambígua baseando-se em suas experiências passadas e anseios presentes; e a tendência a inclinação que descrevem as histórias para agir de igual maneira, expressando seus sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes (Murray, 2005). O TAT é utilizado após o usuário manter-se em acompanhamento continuado, por um período maior que seis meses, sendo possível avaliar a eficácia do tratamento e possíveis modificações algumas funções cognitivas, tais como, modificações na linha do processamento do pensamento, julgamento, síntese e integração e relações interpessoais que são prejudicadas nos quadros de transtornos psicóticos.

Dessa forma, os testes projetivos são capazes de apresentar respostas mais objetivas no tocante a vivência de conflitos interpessoais, percepção do ambiente e estados emocionais dos sujeitos, independente do nível de escolaridade, sendo possível delimitar a hipótese diagnóstica dentre o grupo de transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, transtornos psicóticos e transtornos decorrentes ao uso de substâncias.

Planejamento da Intervenção

Ao final do processo de avaliação a equipe multiprofissional elabora o plano terapêutico individualizado do usuário contendo o planejamento das ações que suprirão as necessidades desse sujeito que podem ser: atendimento individual, atendimento em grupo, uso de psicofármacos, encaminhamentos, inserção em cursos e capacitações oferecidas por outros serviços, dentre outros. A devolutiva do processo de avaliação é realizada com a apresentação do plano terapêutico individualizado e o aceite do usuário

com o tratamento. Tal prática se distingue do atendimento clínico que apresenta um relatório com todas as informações, resultados da avaliação e uma indicação de prognóstico ou encaminhamento.

Dificuldade da Avaliação psicológica na prática profissional no CAPS de Irauçuba

O estabelecimento da vinculação do usuário com o profissional que o trata no serviço de saúde mental é construído gradativamente através da participação no meio social do usuário, assim as visitas domiciliares são importantes para a consolidação dessa relação harmônica e de confiança, principalmente quando o sujeito possui um transtorno mental mais grave, logo o estabelecimento da confiança costuma levar mais tempo em razão do próprio adoecimento.

Entretanto, com os familiares, em geral, essa relação é estabelecida de forma mais rápida, afinal muitas vezes são os familiares que fazem o primeiro contato com o serviço do CAPS e, também, com os usuários que possuem um quadro patológico de menor gravidade e que mantêm contato com a realidade. Nessa perspectiva o estabelecimento da vinculação entre o psicólogo e o sujeito avaliado é de grande importância e vital para a realização do processo de avaliação uma vez que requer a colaboração do sujeito na execução das tarefas e, posteriormente, na adesão ao tratamento.

As razões previamente apontadas por Noronha (2002) e Manfredini e Argimon (2010) para justificar a baixa adesão dos profissionais na utilização dos instrumentos de avaliação são somadas às dificuldades dos coordenadores do CAPS em ter acesso aos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do serviço. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2009) a burocracia da gestão pública é o elemento que dificulta o desenvolvimento de novos trabalhos e atividades, por não estar previsto no orçamento gastos com a necessidade encontrada, assim ocorre com os instrumentos psicológicos necessários para o processo de avaliação.

A conscientização dos gestores da administração pública local sobre a importância da avaliação psicológica, como ferramenta que auxilia na tomada de decisões em diferentes contextos e processos, e a desmistificação da atuação profissional dentro do serviço de saúde mental foram as saídas encontradas para contornar os entraves burocráticos. Ao lado disso, outro elemento que favoreceu o diálogo com os gestores e reforçaram a necessidade do CAPS diante da aquisição dos

testes foram as frequentes solicitações de avaliação psicológica forense encaminhadas pela comarca local com demanda de casos envolvidos em questões judiciais.

Conclusão

Nos últimos anos a avaliação psicológica no Brasil tem crescido e indicado que uma das principais práticas do psicólogo, nas diferentes áreas de atuação, tem sido o diagnóstico psicológico e a administração de testes (Bastos & Gondim, 2010). Contudo, há uma carência de estudos que visem o tema da avaliação psicológica com o uso de testes, no âmbito da saúde pública.

O campo da saúde mental impõe diversos desafios requerendo dos profissionais desprendimento do modelo de formação focado no atendimento clínico individual, criatividade na elaboração de ações mais integradas às necessidades da população e ampliação das possibilidades de atuação frente às dificuldades encontradas. As ações em saúde mental de ser planejadas e compartilhadas com outros serviços públicos para garantir a integralidade da atenção e responder às necessidades de saúde da população em sofrimento psíquico.

A falta de investimento na instrumentalização para a utilização de testes acarreta na fragilização do saber psicológico na prática do psicodiagnóstico e, conseqüentemente, corrobora na certificação do saber médico como único modelo diagnóstico. Desta maneira, garantir uma identidade profissional sólida ainda é uma tarefa árdua a diversos psicólogos, assim este relato de experiência busca contribuir com o desenvolvimento da área da avaliação psicológica no âmbito da saúde pública, estimulando a comunidade profissional a pautar a atuação profissional em técnicas reconhecidas que evidenciem confiabilidade a profissão.

Referências

- Bastos, A. V. B., & Gondim, S. M. G. (2010). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevistas e grupos*. (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, nº 247, de 26-

- 12-2011, seção 1, 230/232. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Cantele, J., Arpini, D. M., & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (4), 910-925. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>
- Chiodi, M. G., & Wechsler, S. M. (2008). Avaliação psicológica: contribuições brasileiras. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 28 (2), 197-210. Recuperado em 05 de julho de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2008000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução nº 07/2003*. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP 17/2002. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2009) *Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial* / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP. Recuperado de http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf
- Esperidião E. (2001) Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3(1), on-line. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
- Manfredini, V., & Argimon, I. L. (2010). O uso de testes psicológicos: a importância da formação profissional. *Revista Grifos*, 19 (28/29), 133-146.
- Murray, H. A. (2005). *Teste de Apercepção Temática*: Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard (Adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena da Silva), (3ª ed.). adaptada e ampliada. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 135-142. Recuperado em 04 de junho de 2016 <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000100015>

- Pasquali, L., Guzzo, R. S. L., Alchieri, J. C., Wechsler, S. M. (2006). *Técnicas de exame psicológico - TEP*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, P. O. C. (2007). *O psicólogo do CAPS: desafios e impasses na construção de uma identidade*. Recuperado em 04 de junho de 2006 de <http://hdl.handle.net/123456789/1598>
- Pietroluongo, A. P. C., & Resende, T. I. M. (2007). Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 22-31. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000100003>
- Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, 2(1), 67-77. Recuperado em 05 de julho de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000100008&lng=pt&tlng=pt
- Wechsler, S. M. (1999). Guia de procedimentos Éticos para a avaliação psicológica. In: S.M. Wechsler & R.S.L. Guzzo (Org.), *Avaliação psicológica: Perspectiva internacional* (pp. 133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.

SEÇÃO 2: TÉCNICAS APERCEPTIVO- TEMÁTICAS

Agressividade em meninos: Perspectivas do teste CAT-A

Fernanda Ribeiro de Araújo

Carla Cristina Borges Santos

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Lara D'Ávila Lourenço

Universidade Federal de São Paulo

Maria Lúcia Tiellet Nunes

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo: Introdução: a agressividade pode ser considerada como conjunto de tendências de comportamentos que visam prejudicar o outro, destruí-lo e/ou constrangê-lo. A Psicologia do Desenvolvimento e a Psicanálise entendem a agressividade como importante fator no desenvolvimento infantil, e consideram seus aspectos particulares em meninos e meninas. Em meninos, esta costuma se manifestar em comportamentos mais explícitos, como nas agressões físicas e verbais. Já em meninas, a agressividade tende a se manifestar em comportamentos mais velados e sutis, que visam atingir as pessoas por meio de ‘fofocas’ ou desdenho. Meninos em idade escolar com queixas de agressividade constituem a maior demanda por busca de atendimento psicológico em Serviços Escola de cursos de Psicologia no Brasil. Objetivo: realizar um levantamento sobre apercepções de meninos diante de estímulo relativo a comportamento agressivo. Método: foram analisadas respostas de 15 meninos (6 a 10 anos), os quais haviam sido encaminhados a um Serviço Escola de Psicologia, referentes à prancha VII do CAT-A, tida como a prancha da agressividade. A análise das respostas das crianças foi realizada às cegas por três psicólogas. Resultados: relatos das crianças indicaram agressividade do tipo direta e com uso de força física, figuras masculinas mais violentas no ataque, e ausência de elementos de culpa e reparação. Considerações finais: esses resultados apontam para a necessidade de mais pesquisas sobre agressividade em crianças de modo a subsidiar programas de intervenção voltados para esse aspecto do desenvolvimento global.

Palavras-chave: *agressividade; meninos; desenvolvimento infantil; CAT-A; avaliação psicológica.*

Introdução

É vasta a literatura psicológica internacional sobre a agressividade infantil e suas implicações no desenvolvimento. Todavia, existem poucas publicações nacionais a respeito de problemas de agressividade em crianças, em sua especificidade de diferenças entre meninos e meninas, mesmo que meninos em idade escolar constituam a maior demanda por busca de atendimento psicológico em Serviços Escola de cursos de Psicologia no Brasil (Konrat, 2012; Merg, 2008).

Como exposto a seguir, a Psicanálise apresenta extensa contribuição conceitual sobre a agressividade como elemento constitutivo do psiquismo, abarcando dimensões masculinas e femininas. A Psicologia do Desenvolvimento também trata do tema da agressividade como um fator a ser visibilizado no desenvolvimento infantil (Dewes, 2012) e considerando aspectos particulares da agressividade em meninos e meninas. Sendo assim, para contextualização do estudo que será apresentado neste artigo que discorre sobre apercepções de meninos diante de uma imagem com componentes de agressividade, serão apresentadas algumas ideias psicanalíticas e também da Psicologia do Desenvolvimento pertinentes ao tema da agressividade em sua dimensão masculina.

Conforme a teoria freudiana, a agressividade pode ser considerada como um conjunto de tendências de comportamentos que visam prejudicar o outro, destruí-lo e/ou constrangê-lo. Freud utilizou o termo “pulsão de agressão” (*Aggressionstrieb*) para tratar de uma parte da pulsão de morte que é voltada para o exterior, com o auxílio específico da musculatura (Laplanche & Pontalis, 1998). A agressividade não se manifesta apenas por essas ações motoras mais violentas, mas também por outras formas de comportamento, como recusa de auxílio e/ou até ironia. Para Freud (1930/2010a), a satisfação instintiva por meio do sadismo seria a grande problemática da civilização. Em parte de sua obra, há a crença na possibilidade de inibição e de mudanças nos caminhos da agressividade, por meio de fatores internos e externos (Freud, 1915/2010b). Os fatores internos referem-se à ambivalência afetiva, ou seja, à composição do ódio com o amor, a qual faria com que a necessidade de ganhar ou de manter o amor do outro levasse à renúncia da satisfação da agressividade. Os fatores externos dizem respeito à educação. As influências de tais fatores, de acordo com Freud (1915/2010b), seriam provenientes não apenas do ambiente imediato do indivíduo, mas também da história cultural de seus ancestrais, formando o que esse autor designa como aptidão cultural do homem.

Todavia, com a elaboração do conceito de pulsão de morte, Freud (1920/1980a) admite a irreducibilidade da agressividade, porquanto conclui que parte dela não é mesclada com a libido. Dessa maneira, a civilização não seria capaz de coibir todas as manifestações agressivas, as quais podem ser extremamente sutis. Vale notar que, quando parte da agressividade é inibida, efetua-se seu retorno ao Eu e seu desvelamento como sentimento de culpa, o qual é o grande pilar da civilização (Freud, 1930/2010a).

Freud (1930/2010a) recorre às hipóteses filogenéticas para explicar a gênese desse processo. Adotando as teses darwinistas sobre as hordas primitivas dos hominídeos, ele localiza os fundamentos da organização cultural da sexualidade e da agressividade. Segundo essas hipóteses, as primeiras organizações sociais dos hominídeos consistiriam em bandos, cada um dominado por um macho forte e autoritário, que tinha todas as fêmeas à disposição, e que expulsava ou castrava os filhos. Esses teriam então se rebelado e assassinado esse pai primitivo, comendo-o em uma refeição totêmica, através da qual as proibições paternas teriam sido introjetadas. Esse acontecimento fundaria o sentimento de culpa e, a partir dessa herança filogenética, cada criança repetiria esse processo ao final de sua experiência edípica, constituindo o superego. Dessa maneira, segundo esse autor, as bases dessa instância

psíquica, a qual inibe os impulsos agressivos e libidinais, acontece por meio da transmissão de uma herança que, sem dúvida, tem o papel masculino como central.

É digno de nota o lugar da agressividade em fase específica da organização da libido. Na chamada fase anal-sádica, a agressividade marca o caráter das relações objetais. E, mesmo durante ou após a travessia do complexo de Édipo, a sexualidade pode readquirir contornos da fase anal-sádica (isto é, durante ou após a fase fálica, haveria certa regressão), em virtude de mecanismos de defesa, face às exigências das pulsões sexuais, o que daria às relações objetais características do par sadismo/masiquismo.

Ainda sobre a direção da agressividade, nas fases de desenvolvimento da libido, é importante considerar o período de latência, que se segue ao final (*Aufhebung*) do complexo de Édipo, como consolidação das atividades sociais. Segundo Freud, nesse período a criança realiza certo abandono de seus objetivos sexuais, que são então sublimados. Conforme Freud (1923/1980f), a latência inclui uma espécie de dessexualização e reforço das pulsões de morte. O superego será o grande vetor diante dessas pulsões, de forma que o sentimento de culpa passa a ser inerente às produções culturais e à sociabilidade. É interessante notar que, para Freud, o início do período de latência é possibilitado pela disposição hereditária e pela educação: “Isso se torna possível pela disposição hereditária, mas quase nunca pode ser conseguido sem o auxílio adicional da educação, da influência parental” (Freud, 1938/1980g, p. 213).

A partir dessas afirmações freudianas, diversos autores da psicanálise também declaram o papel fundamental da agressividade na constituição e no funcionamento do aparelho psíquico. Assim, Lacan (1949/1987) entende que a agressão contra o outro está na raiz da formação do Eu. Citando os experimentos de Wallon sobre as reações da criança diante de sua própria imagem no espelho, Lacan afirma que o Eu se forma a partir da identificação com a imagem do semelhante. Denominando esse processo ‘estágio do espelho’, ele afirma que a imagem do semelhante apazigua, uma vez que serve de modelo e organizador do próprio corpo. Ao mesmo tempo, essa imagem é sentida como intrusão, na medida em que não há limites definidos entre o eu e o outro.

Dessa forma, as relações com o semelhante oscilam entre paixão e agressão, durante toda a vida do indivíduo. Segundo Lacan (1938/1990), isso explica a rivalidade entre os irmãos (nesse ponto esse autor dirige uma crítica a Freud, que teria permanecido em bases darwinistas, ao entender que tal rivalidade estaria fundada em alguma luta pela sobrevivência). É através do que esse autor denomina função paterna,

exercida na dinâmica edípica, que os lugares subjetivos podem ser reconhecidos, permitindo ao sujeito sair da confusão em relação ao outro. Dessa maneira, haveria certa organização da libido e da agressividade (Lacan, 1995).

Por sua vez, as contribuições de Melanie Klein aprofundaram sobremaneira a importância da pulsão de morte, tratada como ‘inveja’, que se contrapõe à ‘gratidão’, de certa forma a correspondente kleiniano à pulsão de vida, considerado por Freud. Segundo Roudinesco e Plon (1998), a inveja, para Klein, é “um sentimento primário e inconsciente de avidez em relação a um objeto que se quer destruir ou danificar” (p. 397). Klein considera aspectos da diversidade da relação dos bebês meninos e meninas com o seio, e posteriormente com a mãe, desde etapas muito precoces do desenvolvimento. Elementos de um complexo de Édipo primitivo e oral seriam constituídos sob a égide dessas relações de projeção e introjeção que meninos e meninas ainda bebês, de maneiras específicas, têm frente e conjuntamente ao objeto da oralidade, amado e invejado (Segal, 1975).

Por outro lado, contribuições específicas da Psicologia do Desenvolvimento voltadas para o tema da agressividade concentram-se especialmente no período da infância. Alguns autores sugerem que a agressividade atinja seu ponto alto nesse momento do desenvolvimento, com tendência a diminuir na adolescência até a vida adulta (Shaffer & Kipp, 2010) quando elementos da inteligência emocional e do desenvolvimento da empatia passam a interagir com a agressividade (García-Sancho, Salguero, & Fernández-Berrocal, 2014; Pavarino, Del Prette, & Del Prette, 2005). Comportamentos agressivos são mais frequentes aos cinco e aos seis anos, idades que coincidem com momentos próximos à entrada na escola de ensino fundamental. Citando Brofenbrenner, autor da teoria ecológica do desenvolvimento, Dewes (2012) comenta que, nessas idades, as crianças se deparam com universo fenomenológico amplo e diferente do que elas estavam acostumadas no ambiente familiar, necessitando de uma cisão entre os aspectos proximais de seu desenvolvimento e a entrada em um ambiente socializador, mais distal. A entrada no ensino fundamental pode trazer novos desafios às crianças em termos de adaptações a situações diversificadas, incluindo novos padrões de socialização, sob o olhar dos professores (Shaffer&Kipp, 2010).

Nas diferentes manifestações da agressividade, como na agressividade direta e na agressividade hostil, diferenças entre meninos e meninas são apontadas por vários autores, como Dewes (2012); Ehrenreich, Beron, Brinkley e Underwood (2014), Nivette, Eisner, Malti e Ribeaud (2014), Merg (2008), Pascual-Sagastizabal et al (2014)

e Shaffer e Kipp, 2010. A agressividade direta seria majoritariamente apresentada por meninos, como no uso da força física para machucar o outro. Já a agressividade hostil (ou indireta) seria aquela praticada preferencialmente pelas meninas, com uso de artifícios indiretos para sua manifestação, como no caso de fofocas, ‘risinhos’ e desdém, manifestados para causar dano ao outro.

As contribuições da Psicologia do Desenvolvimento perpassam por ênfases em aspectos biológicos, culturais, históricos, e aqueles mais especificamente psicológicos, e/ou psicossociais. Por exemplo, segundo Pascual-Sagastizabal et al. (2014) e também Shaffer e Kipp (2010), os maiores níveis do hormônio testosterona presente em meninos podem estar relacionados às diferenças encontradas na manifestação da agressividade destes, se comparados às meninas. Essa condição também é encontrada em outras espécies nas quais tal hormônio possui correlação positiva ao desenvolvimento e manutenção de comportamentos agressivos. Essa correlação poderia ser fruto da seleção sexual, na qual machos mais fortes e mais agressivos conseguiam maior sucesso reprodutivo ao ter mais chances de acasalar e prover recursos para suas fêmeas e sua prole (Nivette et al., 2014; Pascual-Sagastizabal et al., 2014).

Também fatores culturais são considerados para que meninos possam ser mais agressivos do que meninas. Em determinadas culturas, por exemplo, a reação dos pais perante comportamentos agressivos das filhas é bastante diferente das reações diante desses comportamentos, quando manifestados pelos filhos homens; os pais tendem a reagir mais negativamente aos comportamentos agressivos das meninas do que dos meninos. Também, estilos parentais têm sido relacionados ao desenvolvimento da agressividade em meninos. Esses estilos (sejam autoritários, coercivos ou permissivos) correlacionam-se à agressividade por conta dos efeitos da educação no desenvolvimento do controle emocional e de criação de regras nas crianças (Pascual-Sagastizabal et al., 2014).

Os testes projetivos, instrumentais de base psicanalítica, são frequentemente utilizados para avaliação de condições psicológicas, incluindo a agressividade infantil. Um desses instrumentos é o Teste de Apercepção Temática com Figuras de Animais (CAT-A), criado por Leopold Bellak e Sonya S. Bellak, (Bellak, 1949/1992). O CAT-A, é uma técnica de apercepção temática que utiliza imagens (figuras de animais) a fim de provocar projeções que se manifestam em histórias que são contadas por crianças. A apercepção constitui-se como uma interpretação significativa que um organismo faz de

uma percepção (aspecto sensorial), unindo-a a experiências passadas e também ao estado psicológico atual do sujeito (Tardivo & Xavier, 2008).

A seguir, apresenta-se um estudo sobre a percepção de meninos diante de estímulo relativo a comportamento agressivo, especificamente, relatos de meninos em idade escolar diante do CAT-A, a prancha VII, tida como a ‘prancha da agressividade’.

Método

O CAT-A é formado por 10 pranchas relativas a aspectos importantes do desenvolvimento infantil, referentes às suas diferentes fases psicosssexuais, como a oral, a anal e a fálica edipiana, além de reações diante da cena primária. Neste trabalho, para estudar elementos da agressividade em meninos, foram analisadas produções verbais de crianças do sexo masculino no que se refere à Prancha VII do CAT-A. Essa prancha específica apresenta a figura de ‘um tigre, mostrando os dentes e garras, pulando em direção a um macaco, que salta num ambiente de mata’, numa imagem sugestiva de agressividade direta. Segundo proposta de interpretação do CAT-A por Bellak (1949/1992), retomadas por Tardivo e Xavier (2008), as produções verbais diante da Prancha VII, mostram os temores da criança à agressão e como eles são manejados.

Foram analisadas as manifestações verbais diante da Prancha VII de 15 meninos, idades de 6 a 10 anos, moradores da Baixada Santista (SP), atendidos em um Serviço Escola de curso de Psicologia, da região. O teste foi aplicado por estagiários quinto-anistas de graduação em Psicologia, que realizavam estágio curricular de ‘Psicodiagnóstico’, sob a supervisão de uma das autoras deste artigo, que os treinou e orientou para tal aplicação. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Nº do Parecer: 691.434), tendo havido autorização para uso do material arquivado fornecida pela responsável do Serviço Escola referido.

O procedimento de análise dos dados incluiu avaliação de três psicólogas clínicas com experiência em avaliação psicológica de base psicanalítica, inicialmente de forma individual, seguida de uma avaliação conjunta para encontro das concordâncias nas interpretações. As análises foram realizadas com dois distintos procedimentos. Primeiramente, foi feita a interpretação dos conteúdos dos 15 protocolos, caso a caso, a partir de vértice clínico. Em seguida, foi realizada uma análise com interpretações das tendências gerais apresentadas nos relatos com utilização de referências norteadoras propostas por Miguel, Tardivo, Silva e Tosi (2013). Essas referências apresentam itens a respeito do mundo psíquico projetado na história contada, abrangendo avaliação de

autoimagem, concepção de ambiente e relações objetais, necessidades e conflitos, ansiedades, mecanismos de defesa, superego, e integração do ego. Também são considerados aspectos gerais dos relatos, elementos de reação diante do ataque (ênfase na figura do macaco), relação com figura de ataque (figura do tigre) sendo masculina ou feminina, e enfoque na figura do ataque (tigre).

Resultados

A Tabela 1 apresenta elementos interpretativos mais frequentes nas histórias relatadas para a Prancha VII, indicativos de tendências dos 15 protocolos analisados em termos: de aspectos gerais dos relatos, reação diante do ataque (ênfase na figura do macaco - FM), relação com a figura de ataque (tigre) feminina ou masculina, enfoque na figura de ataque (tigre - FT), auto-imagem, concepção de ambiente e relações objetais, necessidades expressas na qualidade dos discursos, e ansiedade.

Tabela 1. Elementos frequentemente indicados nos relatos da Prancha VII do CAT-A
(Continua nas próximas páginas)

Elemento de análise	Hipóteses de Interpretação
Aspectos gerais dos relatos	<p>Mesmo com elementos reativos (com forte presença de negação), os relatos frequentemente referem conteúdos de agressividade direta e/ou de provocações de hostilidade, além de estratégias de escape.</p> <p>FM sempre como masculina e nunca distorcida (apenas num caso, referida como ‘cara com rabo’).</p> <p>FT nem sempre percebida como figura agressiva e masculina, muitas vezes distorcida (mais frequentemente como leão, leoa, onça).</p> <p>FT recebe denominações diversas, mesmo dentro do próprio relato, com indicativos de distorções aperceptivas.</p> <p>FT citada em primeiro lugar em 14 dos 15 protocolos analisados.</p> <p>Onipotência e sentimentos de medo convivendo de forma conflitiva nas projeções feitas à FM.</p> <p>Amigos aparecem como possibilidade de colaboração e ajuda em quatro relatos.</p> <p>Solidariedade com o agressor em um relato.</p> <p>Mãe protetora em um relato.</p>

FM= Figura do Macaco / FT = Figura do Tigre

Aspectos gerais dos relatos	<p>Conforme a agressividade vai crescendo, há diminuição do controle, com aumento da ansiedade e dificuldade de manejo dos controles destrutivos. Presença de conteúdos de: vingança, retaliação, mordidas, machucados,</p> <p>elementos devoradores (dentes, unhas), arrepios, arranhões, rosnados, chifrada, esquartejamento, matança, ossos, elementos fálicos, ferramenta simbólica de castração, cemitério, e morte.</p> <p>Ausência de qualquer elemento sugestivo de reparação após ataques.</p> <p>Ausência de elementos de amorosidade, com exceção de um protocolo indicativo de forte dependência da figura materna frente elementos do desenvolvimento diante da agressividade.</p> <p>Pouca presença de indicativos de recursos mais positivos para o manejo de temores e ansiedade (que superem estratégias de fuga e/ou uso de contra ataques).</p> <p>Várias sugestões de uso da musculatura para ataque ou para enfrentamento (pulos, voos).</p>
Reação diante do ataque (ênfase na FM)	<p>Dificuldades de manejo diante de ataques externos e dos próprios impulsos agressivos, com uso frequente de mecanismos de negação (do perigo e de elementos de fragilidade) e fantasias de onipotência.</p> <p>Enfrentamentos permeados de desprezo pelo que ataca, provocação de hostilidade e ataques diante da FT foram comuns.</p> <p>Para enfrentamento diante da FT, muitas vezes são acionadas forças (amigos, irmãos) tão os mais agressivos do que a figura do ataque (FT).</p> <p>Presença de elementos de identificação com o agressor.</p>
Relação com figura de ataque (FT) masculina ou feminina	<p>Figuras masculinas, femininas e ambivalentes aparecem nas projeções diante da FT.</p> <p>FT como figura feminina, mais amenizada no ataque.</p> <p>FT como figura masculina, mais frequente e violenta no ataque.</p> <p>FM provoca hostilidade diante de FT masculinas ou de um homem, elemento sugestivo de rivalidade edípica.</p>
Ênfase na FT	<p>Figura de ataque (FT) percebida com muita ansiedade (várias trocas de nomes, indicativas de distorções).</p> <p>FT inicialmente ameaçador e hostil, mas incluindo evolução para</p>

	diminuição da potência (passando a ser a vítima atacada). FT nunca percebida como cooperativa.
Auto-imagem	Elementos de onipotência na agressividade quando no confronto da FM frente à FT. Elementos de insegurança, fragilidades, e medo da FM frente à FT. Habilidades voltadas para estratégias de escape e para pedido de ajuda de amigos e irmãos (não de familiares adultos), tão ou mais agressivos do que o projetado na FT.
Concepção de ambiente e relações objetais	Relações objetais apresentam-se com tendências de negatividade e/ou ambiguidade. Ambiente indicado como pouco protetor, apresentando recursos de força fálica (cipós) para estratégias de escape.
Necessidades expressas na qualidade dos discursos	Em alguns casos, expressões de necessidades de modo intenso, com comprometimento da qualidade dos discursos. Também presença de fragmentos de discurso organizado.
Ansiedades	Tendências fortes de elementos ansiógenos diante do conteúdo mais evidente da Prancha VII (agressividade). Ansiedades de cunho persecutório são as mais evidentes. Não são expressos elementos indicativos de temores pertinentes à perda do amor, ou sentimento de abandono ou de desaprovação e falta de apoio. Indícios de ansiedades depressivas podem ser indicados pela presença de defesas maníacas (triunfo, desprezo, controle e também dados de hiperatividade).

FM = Figura do Macaco / FT = Figura do Tigre

Discussão

Diante da Prancha VII do CAT-A, os relatos estudados apresentaram indicativos de apercepções de 15 meninos, com idades entre seis e 10 anos, em avaliação de Psicodiagnóstico em um Serviço Escola de Psicologia, isto é, um grupo potencialmente clínico. Embora tenha abordado número relativamente pequeno de participantes, os resultados obtidos, e sua discussão à luz da literatura pertinente, puderam gerar reflexões a respeito dos conflitos e recursos psíquicos de meninos, diante de situações que envolvem agressividade.

Todos os relatos indicaram uso de agressividade direta e ausência de agressividade do tipo hostil (indireta), característica concordante com dados da literatura voltada ao estudo da agressividade em crianças (Dewes, 2012; Ehrenreich et al, 2014; Konrat, 2012; Merg, 2008; Nivette et al, 2014; Pascual-Sagastizabal et al, 2014; Shaffer & Kipp, 2010).

Numa perspectiva psicanalítica, também todos os relatos indicaram manifestações de ‘pulsão de agressão’, aquela voltada para o exterior, muitas vezes com uso da musculatura, com intuítos destrutivos e de provocação de danos (Laplanche & Pontalis, 1998). Embora fossem apercepções de meninos com idades de seis anos ou mais, as quais a princípio indicariam a presença do chamado período de latência (Freud, 1905/1980d), esses relatos não apresentaram conteúdos específicos dessa fase de desenvolvimento. Ou seja, houve ausência de referências à culpa, remorso, reparação e gratidão. Assim, as atividades próprias de um superego organizado não foram observadas.

Na maior parte dos relatos houve forte presença de conteúdos edípicos, quais sejam: rivalidade, filiação, figuras fálicas, castração, conflitos entre autonomia e dependência da figura materna. Nesse ponto merece destaque o fato de que nenhum relato fez referência à figura paterna (ou seus substitutos, tais como, professores, organizações estatais ou religiosas) como protetora e provedora de leis. Sem esse recurso, a agressividade (indicada na cena da prancha analisada) foi evocada como sem limites, em alguns relatos; em outros, as soluções encontradas para lidar com a situação de violência são pouco elaboradas e, algumas vezes, mágicas (p.e., “e ele conseguiu escapar por sorte”). Vale notar, contudo, que em alguns relatos o grupo de amigos, ou seja, os semelhantes (p.e. “os amigos do macaco morderam a cauda do leão”, “aí os amigos do macaco mataram o tigre”, “aí os macaquinhos resolveram pegar a onça todos juntos”), representam ajuda para lidar com esse contexto, o que pode indicar a percepção de que o grupo pode sobressair à força de um indivíduo sozinho.

Sem dúvida, essa última consideração pode ser relacionada à afirmação freudiana (1930/2010a), de que a substituição da força bruta pela organização dos semelhantes é uma conquista da civilização, cujas bases filogenéticas são repetidas, por cada indivíduo, em sua travessia do complexo de Édipo. Entretanto, a ajuda dos amigos, mencionados nesses relatos, não apareceu organizada conforme as leis sociais, que Freud pressupõe.

Os resultados também permitem levantar a hipótese de que os participantes dessa pesquisa não teriam elaborado suas vivências edípicas. E ainda são concordantes com o pensamento de Freud (1930/2010a), segundo o qual a culpa, produto do complexo de Édipo, é um organizador das relações sociais. A ausência desse afeto estaria relacionada, portanto, aos recursos insuficientes para lidar com as cenas que envolvem agressividade.

Tal hipótese também é pensada a partir das ideias de Klein (Segal, 1975), de acordo com as quais a culpa, a reparação e a gratidão são recursos psíquicos inerentes ao superego organizado, o qual é conquistado por meio da elaboração da ambivalência afetiva e do complexo de Édipo. Assim, essa autora enfatiza que as experiências de amor são ferramentas fundamentais para lidar com a agressividade.

Outro ponto a ser destacado é a confusão entre as figuras do agressor e da vítima. Na maior parte dos relatos, os participantes se identificam com a posição da vítima, que localizam na figura do macaco. Contudo, em alguns deles, o lugar da vítima e do agressor oscila entre as figuras da prancha (p.e. “O tigre queria catá o macaco, mas o macaco se pendurou e o tigre pegou o rabo... aí os amigos do macaco mataram o tigre... aí os amigos do tigre veio em cima do macaco...”). Conforme as teses de Lacan (1938/1990), o sujeito deixa de se perder na confusão entre o ‘eu’ e o ‘outro’, isto é, no espelhamento entre si e seu duplo, na medida em que a função paterna, exercida no complexo de Édipo, reconhece o lugar do sujeito (especificamente, o lugar de seu desejo) na ordem social.

Por outro lado, figuras de apoio foram praticamente ausentes nas apercepções estudadas. De forma geral no material analisado foram marcantes figuras de ataque tanto masculinas como femininas (as primeiras mais ferozes e mais desafiadas), ansiedades persecutórias, e ausência de elementos reparatórios e amorosos.

No limite do estudo apresentado, que não pretende nenhuma generalização, esses indicadores assinalam a necessidade de ampliação e aprofundamento de estudos sobre a agressividade de meninos, e de crianças em geral, de forma a subsidiar programas de intervenção voltados a esse aspecto do desenvolvimento global. Indicadores da expressiva demanda de atendimentos psicológicos para meninos (Konrat, 2012; Merg, 2008) além da alta incidência de violência entre jovens brasileiros (Waiselfisz, 2014) podem ser aqui evocados para justificar esse imperativo.

Referências

- Bellak, L. (1992). *C.A.T. – Animais (Teste de Apercepção com Figuras de Animais)* (Pacheco, M. T. A., Trad.) Campinas: Editora Psy. (Obra originalmente publicada em 1949)
- Dewes, D. (2012). *Agressividade e depressão em escolares* (Dissertação de mestrado).
- Ehrenreich, S. E., Beron, K. J., Brinkley, D. Y., & Underwood, M. K. (2014). Family predictors of continuity and change in social and physical aggression from ages 9 to 18. *Aggressive Behaviour*, 40, 421-439. doi: 10.1002/ab.21535
- Freud, S. (1980a). Além do princípio do prazer. In J. Strachey (Ed. e Trad.) *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol 13). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1920)
- _____. (1980b). O ego e o id In: In J. Strachey (Ed. e Trad.) *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol 19). Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1923).
- _____. (1980c). Esboço de Psicanálise. In J. Strachey (Ed. e Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 23). Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1938).
- _____. (1980d). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In J. Strachey (Ed. e Trad.) *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol 8). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1905).
- _____. (2010a). O mal-estar na civilização. In P. C. Souza (Trad.) *Obras completas* (vol. 18). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1930)
- _____. (2010b). Considerações atuais sobre tempos de guerra e morte. In P. C. Souza (Trad.) *Obras completas* (vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1915)
- García-Sancho, E., Salguero, J. M, & Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behaviour*, 19, 584-591.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melaine Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Konrat, C. E. D. (2012). *A relação entre sexo e idade e queixas de crianças em psicoterapia* (Dissertação de mestrado).
- Lacan, J. (1987). *Escritos*. Cidade do México: SigloVientiuno. (Obra originalmente publicada em 1949)

- _____. (1990). *Os complexos familiares na formação do indivíduo: Ensaio de análise de uma função em psicologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra originalmente publicada em 1938)
- _____. (1995). *O Seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1998). *Vocabulário da Psicanálise* (3ª ed). (P. Tamen, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Merg, M. (2008). *Características da clientela infantil em clínicas-escola* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Miguel, A., Tardivo, L. S. L. P., Silva, M. C. V. M. & Tosi, S. M. V. D. (2013). *CAT-A: Teste de apercepção infantil: figuras de animais*. São Paulo: Vetor.
- Nivette, A. E., Eisner, M., Malti, T. & Ribeaud, D. (2014). Sex differences in aggression among children of low and gender inequality backgrounds: a comparison of gender role and sexual selection theories. *Aggressive Behaviour*, 40, 451-464. doi: 10.1002/ab.21530
- Pascual-Sagastizabal, E., Azurmendi, A., Braza, F., Vergara, A. I., Cardas, J. & Sánchez-Martín, J. (2014). Parenting styles and hormone levels as predictors of physical and indirect aggression in boys and girls. *Aggressive Behaviour*, 40, 465-473. doi: 10.1002/ab.21539
- Pavarino, M. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2005). Agressividade e empatia na infância: Um estudo correlacional com pré-escolares. *Interação em Psicologia*, 9(2), 215-225. doi: 10.5380/psi.v9i2.4799
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise* (Vera R. e Lucy M. Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Shaffer D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (8th ed.). USA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Xavier, M. F. (2008). O teste de apercepção temática infantil com figuras de animais – CAT-A. In: A. E. Villemor-Amaral & B. S. G. Werlang (Org.), *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da Violência 2014: os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro, FLACSO Brasil. Recuperado de http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf

O Desenho da Família com Estórias para compreensão de crianças com sintomatologia depressiva

Hilda Rosa Capelão Avoglia

Felipe Marangoni Pontes

Universidade Metodista de São Paulo

Resumo: A depressão na infância suscita também muitos questionamentos acerca da conduta medicamentosa e da psicoterapia. Destaca-se a importância da elaboração de diagnósticos e orientações preventivas cada vez mais precisas, especialmente quando abordamos a criança, cuja sintomatologia depressiva pode ser confundida com outros tipos de transtornos. Entre outros aspectos como as relações familiares, especialmente com os pais na vida das crianças, eventos estressores maternos, falta de rotina familiar, conflitos entre pais e irmãos, como sendo fatores que interferem no quadros depressivos infantis. Assim, a pesquisa teve como objetivo conhecer e analisar a psicodinâmica familiar de crianças com sintomatologia depressiva. Participaram do estudo uma amostra de 55 crianças, de ambos os sexos, com idade entre 8 e 12 anos, ou seja, a totalidade de inscritas em um projeto sócio-educativo do município de São Bernardo do Campo/SP. Tais crianças foram submetidas à aplicação coletiva do Inventário de Depressão Infantil (CDI). Posteriormente, aquelas avaliadas como positivas para a presença de sintomatologia depressiva, realizaram o Desenho da Família com Estórias (DF-E), sendo que, em alguns casos, seus pais participaram de uma entrevista semi-dirigida a fim de se identificar o funcionamento psicológico da família. Diante dos resultados desta investigação procuramos fornecer subsídios científicos sobre essa enfermidade, para fomentar um diagnóstico mais preciso e ações interventivas mais pertinentes, considerando que a família tem papel fundamental nos casos de depressão infantil e situa-se como co-responsável na tarefa de cuidar, prevenir e promover a saúde em crianças.

Palavras-chave: Depressão infantil; Psicodinâmica familiar; Inventário de Depressão Infantil (CDI); Desenho da Família com Estórias (DF-E).

Introdução

Dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007 qualificam a depressão como sendo a *doença do século* independentemente da idade, sexo ou classe social, mas também pelas consequentes e significativas repercussões no âmbito social e econômico, uma vez que se trata de uma enfermidade psíquica que por vezes exige internação e acompanhamento profissional sistemático no período pós-hospitalização. Destaca-se ainda o fato de despertar a atenção da indústria farmacêutica no que tange ao uso de medicamentos antidepressivos, sendo especialmente controversa a questão do uso ou não desse tipo de fármacos quando as intervenções são dirigidas às crianças, pois nesta faixa etária, conforme Ajuriaguerra (1983) e Assumpção (1993), a depressão pode ter um sentido diferente dos adultos.

a) Vulnerabilidade social

As condições de vulnerabilidade social se sustentam na presença de eventos estressantes como contato com criminalidade, baixa renda, entre outros são apontados, em diversos estudos como fatores que aumentam a probabilidade de risco para depressão ou sintomas depressivos, sendo, portanto, presentes nestes casos (Cruvinel &

Borucho, 200; Maycoln, Cardoso & Freitas, 2010). Essa vulnerabilidade pode ser encarada, e de fato é, como uma série de perdas. Há, sem dúvida, perdas afetivas (devido à distância da família ou prisões, por exemplo), perdas cognitivas (incapacidade de suprir necessidades na relação sujeito e meio, para seu desenvolvimento de modo geral) e uma ampla gama de objetos maus e persecutórios que ameaçam a sobrevivência da pessoa ou da criança, gerando cada vez mais agressividade e isolamento em sua defesa, sendo as capacidades reparatórias, por si só, infrutíferas, visto que a realidade Egóica é diretamente influenciada pelo meio. Vemos esta situação como altamente implicada na sintomatologia depressiva infantil.

Segundo Fonseca, Terto Júnior e Alves (2005), no Brasil, há poucos estudos sobre a depressão em crianças e adolescentes reforçando a necessidade de maior investimento nessa problemática. Sendo assim, sob o prisma científico, verificamos a importância de tais estudos a fim de se realizar diagnósticos mais precisos, pois estamos diante de uma doença para a qual a população, em especial a que vive em situação de vulnerabilidade social como pretende este estudo, tem acesso restrito.

b) Depressão na criança

A sintomatologia depressiva em crianças tanto no que se refere ao processo diagnóstico, quanto a intervenção, merece ser estudado considerando-se aspectos do psicodinamismo familiar. Em nossa revisão inicial consideramos a necessidade de apresentarmos tanto a perspectiva psiquiátrica quanto a psicológica que abrange a presença dessa enfermidade.

No sentido médico psiquiátrico, o adoecimento mental é entendido como um funcionamento desregulado do cérebro, ou seja, de alguma disfunção do aparelho biológico (Dalgalarondo, 2000). Neste aspecto, é encontrado nos manuais mundialmente reconhecidos como o DSM - IV (1995) e o CID 10 (1997), que caracterizam a que caracterizam a depressão ou ainda a doença depressiva como inseridas na nosografia dos transtornos de humor, no caso do DSM – IV e nos transtornos afetivos no CID – 10 (Fuentes, 2000).

A *depressão* ou ainda a *doença depressiva* estão inseridas nos manuais internacionais, como o DSM IV (1995) e o CID 10 (1997), como inseridas na nosografia dos Transtornos de Humor, no caso do DSM - IV e nos transtornos afetivos no CID 10 (Fuentes, 2000). A classificação do episódio depressivo é descrito a partir da

identificação da presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido; interesse ou prazer acentuadamente diminuídos; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de concentração, de pensamento ou de decisão; pensamento de morte recorrente ou ideia suicida, segundo o DSM – IV (1995).

Já no que diz respeito ao aspecto psicológico, Zimerman (1999) distingue as organizações neuróticas comuns que podem se confundir com estado depressivo, como a tristeza que é um estado de desânimo ou frustração que pode ou não estar presente em estados depressivos; o luto, citado por Freud (1917/1974) como um período em que se elabora a perda de um objeto, anteriormente introjetado pelo Ego; e a melancolia, quando se trata do luto que não foi devidamente elaborado, sendo confuso ou conflituoso, podendo instalar-se o chamado luto crônico.

Ambos, luto e melancolia, podem estar presentes durante uma depressão e, em muito explicam, sob a ótica da psicanálise, as origens da mesma. Como já comentado, durante o processo de luto, que se trata de uma perda consciente do Ego, dá-se um estado de apatia, diminuição da capacidade de amar, cessação de interesse etc. Na melancolia, os mesmos sintomas estão presentes, porém com um grande diferencial, a perturbação da autoestima, uma vez que o melancólico começa a se autodepreciar ou se envilecer, mas preocupando-se muito mais com as autoinsatisfações de ordem moral do que físicas por exemplo.

A partir da teoria de Freud sobre o luto e melancolia é possível perceber a manifestação dos sintomas de perdas de objetos internos ou externos, sendo eles físicos, fantasiosos ou relacionais sendo, portanto, sem dúvida de origem neurótica e de comum acontecimento. A diferença reside na base egóica e na sua capacidade de adaptação, ou seja, como o meio influenciou, de fato, na adaptação desse sujeito.

O estado depressivo é baseado e derivado do estado paranoide, sendo o resultado da combinação de angústias paranoides e dos conteúdos da angústia, como sentimentos afetivos e defesas ligadas à iminente perda do objeto amado total. O Ego sente internamente que seus objetos amados estão mortos ou moribundos, e com eles se identifica (Freud, 1917/1974; Simon, 1986). Assim, o ego estaria empobrecido pela perda, perda esta que não pode ser dita e nem tão pouco definida pelo próprio sujeito. A partir deste sentimento de perda e sensação de luto e melancolia, pode-se iniciar a compreensão do significado e do sentido da depressão.

c) Relações familiares e sintomatologia depressiva na criança: alguns estudos

Sobre a relação entre família e crianças depressivas, o desenvolvimento desta pesquisa considera estudos já realizados como o de Maycoln, Cardoso e Freitas (2010) que, entre outros, investigou a relação entre afetividade e conflito familiar com sintomatologia depressiva em crianças de 8 a 14 anos e percebeu que, em famílias com níveis mais elevados de conflito, têm-se maiores níveis de depressão.

Já nos trabalhos de Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) e de Crivelatti, Durman e Hofstatter (2006) foi relacionada a influência da família de crianças e adolescentes com psicopatologias, como a depressão e a ansiedade, sendo esta influência e relação consideradas pelos autores como eventos estressores, entre estes destacam o estresse materno, a falta de rotina definida pelos pais à criança ou mesmo conflitos entre pais e irmãos.

A investigação do perfil de famílias nas quais as crianças apresentavam sintomas de depressão e de famílias que as crianças não possuíam estes sintomas foi também investigado por Cruvinel e Borucho (2009), sendo que à presença dos pais na vida da criança foi o fator que mais chamou a atenção dos autores. No grupo positivo, os pais estavam na maior parte do tempo ausentes, tanto em supervisão, quanto em atividades compartilhadas e na definição de horários para tarefas, enquanto o grupo negativo esse suporte era presente e de maneira mais acentuada.

Fatores como a depressão, timidez, sentimento de inferioridade, conflito familiar e carência afetiva foram encontrados na pesquisa realizada por Figlie, Fontes, Moraes e Payá (2004) quando trabalharam observando o perfil de crianças filhas de dependentes químicos. Notaram que os cônjuges destes dependentes, mesmo não sendo dependentes sofriam o risco de apresentarem distúrbios mentais.

Souza e Carvalho (2010) apresentam um estudo de caso envolvendo uma menina de 11 anos que apresentava problemas de comportamento, sinais de depressão e um nível intelectual abaixo da média esperada para sua idade cronológica. Neste caso, os autores descrevem a referida criança, de classe social baixa, vivendo em condições sociais precárias e com uma família cujas relações conjugais são conflituosas, o pai é alcoolista, sendo que ambos, pai e mãe, demonstram dificuldade em desempenharem seus papéis parentais.

As pesquisas aqui relatadas acerca das relações familiares e do desenvolvimento da criança e suas psicopatologias têm de certa forma, um resultado similar, no sentido de que, conforme os diversos detalhamentos, algumas com a presença da variável vulnerabilidade social ou de relações conflituosas com a família, a sintomatologia depressiva está presente.

Objetivo

O estudo teve como objetivo conhecer e analisar a psicodinâmica familiar de crianças com sintomatologia depressiva em situação de vulnerabilidade social.

Método

Participantes: o estudo contou com a participação de crianças integrantes de um projeto socioeducacional do Bairro da Paulicéia, no município de São Bernardo do Campo, Região do Grande ABC/SP. No período de início de pesquisa o projeto contava com 55 crianças, de ambos os sexos, em idade escolar, ou seja, entre 8 e 12 anos. Tais crianças, oriundas de famílias residentes em uma comunidade periférica do município de referido município, matriculadas e frequentando escolas públicas.

Local: o trabalho foi realizado em um projeto socioeducativo e assistencial de um bairro periférico do município de São Bernardo do Campo/SP. Historicamente o projeto surgiu em 2003 com a intenção de retirar das ruas crianças (na faixa etária de 7 a 14 anos em média) moradoras da comunidade. Tem como finalidade a promoção da autonomia da criança, considerando a sua relação e o meio social, possibilitando o direito a autoimagem, identidade e a construção da personalidade moral. Quanto ao local onde funciona o projeto observamos que é amplo, bem iluminado, arejado e conta com salas de aula mobiliadas com carteiras escolares, lousa e armários. A coleta dos dados foi realizada em uma dessas salas de aula previamente definida junto à coordenação do projeto, não prejudicando o desenvolvimento das atividades.

Instrumentos:

c.1) Ficha de identificação da criança: informações gerais como: data de nascimento, endereço, componentes da família, escolaridade, desempenho escolar, situação financeira, descrição de comportamento da criança, entre outros.

c.2) Inventário de Depressão Infantil – CDI: foi utilizado a fim de identificarmos, dentre a totalidade das crianças inscritas no projeto, aquelas que apresentam sintomatologia depressiva. O CDI tem como objetivo mensurar sintomas depressivos em crianças e jovens de 7 a 17 anos. Elaborado por Kovacs (1983), foi normatizado e adaptado para a realidade brasileira por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Suas propriedades psicométricas foram avaliadas por Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira (2002) como relevantes para a pesquisa da sintomatologia depressiva. É autoaplicável e, por conta disso, pode ser aplicado em grupos. Parte do pressuposto que a depressão na criança e no jovem pode ser caracterizada de modo similar aos sintomas identificados nos adultos, ou seja, tristeza ou comportamento depressivo, sentimentos de culpa, anedonia, baixa autoestima, dificuldades do sono e apetite, fadiga excessiva, déficit psicomotor, comportamento antissocial e ideal suicida (Golfeto, Veiga, Souza & Barbeira, 2002). É constituído por 27 itens.

c.3) Entrevista semiestruturada com pais: segundo Bleger (1998), a entrevista é um instrumento usado para investigação científica. É definida por Ocampo, Arzeno e Piccollo (2001) como sendo um tipo de entrevista que permite ao entrevistado expor-se com maior liberdade. A autora argumenta que essa técnica difere da entrevista totalmente livre, pois neste caso, o entrevistador pode intervir com a finalidade de assinalar alguns aspectos quando o entrevistado não sabe como começar ou como continuar, é possível também intervir no momento em que reconhece certas lacunas que não foram ditas pelo entrevistado. A autora recomenda que essas lacunas devam ocorrer da maneira mais ampla possível para não se sobrepor ao relato do participante (Ocampo et al., 2001).

c.4) Desenhos de Família com Estórias (DF-E): teve como finalidade identificar processos psíquicos conscientes e inconscientes informando sobre a psicodinâmica familiar. Desenvolvido a partir do trabalho sobre Desenhos-Estória (Trinca, 1987), é um procedimento que associa a produção gráfica (desenho) com a apercepção temática (relato da história), conforme Trinca e Tardivo (2000). Pressupõe que a criança elabore 4 produções gráficas, sendo: 1ª) *Desenhe uma família qualquer*; 2ª) *Desenhe uma família que você gostaria de ter*; 3ª) *Desenhe uma família em que alguém não está bem*; e 4ª) *Desenhe a sua família*. Ao final de cada uma dessas produções, solicita-se à

criança que conte uma história sobre seu desenho. É possível ao aplicador/pesquisador elaborar algumas perguntas, como um inquérito diante de aspectos que necessitem de mais algum esclarecimento diante da história contada.

Procedimento

Para esclarecimento dos objetivos e implicações na participação das crianças, os pais foram devidamente informados sobre o trabalho. Inicialmente, foi realizada a aplicação coletiva do CDI, subdividindo as crianças em pequenos grupos, desse modo, facilitando o controle do aplicador/pesquisador diante da situação. Os formulários foram entregues às crianças para responderem as questões. Apenas aquelas consideradas positivas para a presença de sintomatologia depressiva (escore igual ou acima de 17 pontos) conforme Gouveia et al. (2002) deram continuidade ao trabalho com o convite aos pais para participarem da entrevista semidirigida. Na sequência, consultamos as Fichas de Identificação das crianças tendo em vista a obtenção de informações de natureza sócio demográfica. Para realização das entrevistas semidirigidas com os pais, tínhamos programado para agendar horários compatíveis, comumente na entrada ou na saída das crianças, uma vez que os pais, geralmente, vem buscá-las. No que se refere ao Desenho de Família com Estórias, a aplicação foi realizada individualmente, como estabelece o procedimento, em datas previamente agendadas observando-se para que não interferisse na programação das atividades do projeto. Foi previsto que a aplicação ocorresse em uma única sessão com uma hora de duração, contudo, algumas sessões demoraram cerca de duas horas para serem finalizadas.

No que se refere a análise do material coletado, os dados da Ficha de Identificação utilizados como referências para conhecer a realidade social das participantes. O Inventário de Depressão Infantil (CDI) foi conferido conforme estudos de precisão desenvolvidos por Gouveia et al., (2002). As entrevistas, por sua vez, foram registradas por escrito pelo pesquisador, que procedeu a análise qualitativa de cada uma delas sob a perspectiva teórica psicanalítica, mais especificamente com base na Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein. Da mesma forma, a interpretação do Desenho de Família com Estórias seguiu o mesmo referencial para análise, considerando os 7 grupos de traços para análise estabelecidos por Tardivo (1997), a saber: Atitudes básicas, Figuras significativas, Sentimentos expressos, Tendências e desejos, Impulsos, Ansiedades e Mecanismos de defesa. Cada um desses grupos apresenta características cuja finalidade é facilitar a análise e interpretação conjunta do material obtido, tanto na produção

gráfica, como também na temática relatada nas histórias pelas crianças. Para cada uma das crianças estudadas foi elaborada uma síntese qualitativa considerando o resultado do CDI, bem como da Entrevista com os pais e do Desenho da Família com Estórias, possibilitando assim, a compreensão da psicodinâmica familiar da criança com sintomatologia depressiva, conforme objetivo deste estudo.

Aspectos éticos

A inclusão das crianças no estudo obedeceu aos critérios já determinados na explicitação da amostra, considerando prioritariamente a inserção comprovada no projeto sócioeducativo aqui referido. A exclusão dos participantes na amostra poderia ocorrer caso se encontrassem em processo de psicodiagnóstico ou de psicoterapia, pois deste modo a participação no estudo poderia ser comprometida pelas variáveis próprias do tratamento, no entanto isso não aconteceu. Outro fator examinado diz respeito ao resultado obtido no CDI, pois no caso de ter sido inferior a 17 pontos, portanto classificada sem sintomatologia depressiva, a criança não prosseguiu no estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo (CEP-Metodista).

Resultados

A partir dos resultados obtidos pela aplicação do Inventário de Depressão Infantil (CDI) na referida amostra de 55 crianças (29 do sexo feminino, 52,8% e 26 masculino, 47,2%, obteve-se resultado positivo para a presença de sintomatologia depressiva em 18% deste contingente, sendo que, esta porcentagem se traduz em 5 participantes de cada sexo, apresentando tal sintomatologia.

Segundo o protocolo do CDI, considera-se o escore de 17 pontos como o limiar para a identificação dos sintomas abarcados pelo procedimento. Nesse grupo foi aplicado o procedimento do Desenho da Família com Estórias, conforme descrito no método. Assim, apresentamos um caso ilustrativo, seguido da discussão envolvendo a totalidade dos casos.

Caso ilustrativo:

Trata-se de Manuel ⁵, menino com 9 anos de idade, reside com mais cinco pessoas, pai e da mãe e irmãos. O pai é motorista autônomo. Quanto à gravidez, a mesma está relatada como “planejada” e “boa”, além da mãe não estar casada com o pai na época. Manoel dorme com sua irmã e irmão em um quarto, sua mãe auxilia nas tarefas escolares e é relatado ser muito tímido e chorar ao ter sua atenção chamada.

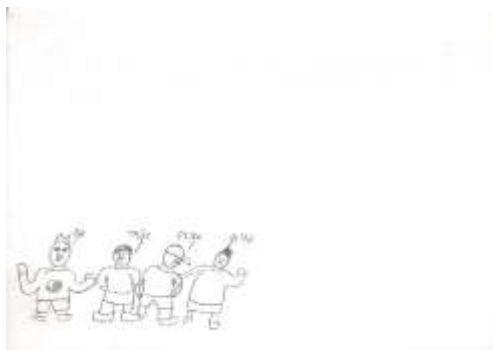


Figura 1 – Produção gráfica “Desenhe uma família qualquer”

Estória (apercepção temática)

“Um dia na cidade sua mãe e seu pai estavam passeando com seu filho. Uns trabalhavam e outros se divertiam e muitos ficavam pensando em dinheiro e não na vida. Chegando em casa perceberam que tinham dinheiro e começaram a gastar e usar drogas. Um dia o filho e a irmã falaram que fazia mal à saúde e dava câncer. O pai ficou rindo e usando drogas. Então o irmão disse que fazia mal ao coração e podia morrer. No final, pararam de usar as drogas e viveram bem”.

Título: “A família sem as drogas”

⁵ Nome fictício atendendo as exigências éticas previstas para pesquisas que envolvem com seres humanos.

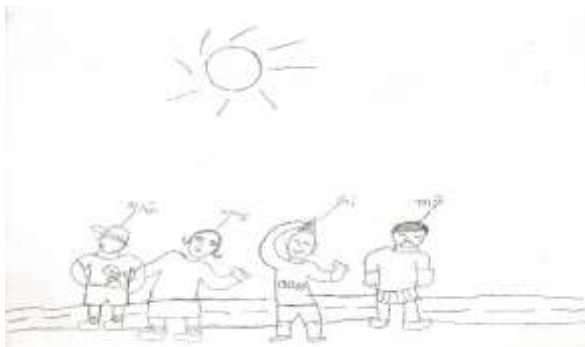


Figura 2 - Produção gráfica “Desenhe uma família que gostaria de ter”

Estória (apercepção temática)

“Um certo dia, o pai e a mãe passeavam com seus filhos e acabaram presos no trânsito sem perceber. O motor do carro estava pifado. O pai parou para arrumar, mas não conseguiu. Ficaram a noite na estrada, mas a filha que não era boba chamou o mecânico que consertou o carro. Depois o carro quebrou no bosque. Era pneu. E a filha que não era besta sabia que tinha estepe e consertou. Quando chegaram no lago a filha não sabia o que fazer e o filho mandou ir desviando e chegaram em casa”.

Título: “A filha mais esperta”



Figura 3. – Produção gráfica “Desenhe uma família em que alguém não está bem”

Estória (apercepção temática)

“Passando um tempo em casa, a mãe começou a fumar, e o filho queria que ela parasse e pensando que ela não fosse fazer nada, pegou o cigarro e pisou nele. A mãe pegou o cinto e acendeu o cigarro e começou a violentá-lo. Não tinha ninguém em casa, nem o pai nem o irmão que estava na casa do amigo. Ela continuou a violentá-lo até que o pai chegou e viu a marca do cinto e o cigarro na boca e ele disse que sempre sabia que ela violentava o filho. Depois disso ele teve que tomar uma atitude com a mãe para não continuar assim.

Título: “A mãe que mentia”



Figura 4. – Produção gráfica “Desenhe a sua família”

Estória (apercepção temática)

Quando minha mãe fica brava comigo eu vou fazer carinho no gato pra ficar melhor. Quando meu irmão tá nervoso ele bate na minha mãe e irmãzinha. Meu pai sempre tá viajando e nunca tá perto, mas de vez em quando ele aparece. Eu e minha irmã vamos na escola e no projeto...e só.

Síntese interpretativa

Manoel sente o mundo como desprotetor e agressivo, se sente desamparado e em busca de abrigo. Suas defesas não são suficientes para se manter estável frente ao ambiente tão hostil, e por conta disso, demonstra muitos sintomas depressivos. A renda dessa família é muito baixa, levando em conta quanto pagam de aluguel, no entanto, há

mais duas pessoas na residência, que, muito provavelmente, devem ajudar, pelo menos, no pagamento do aluguel. A ausência do pai, neste caso, é real, pois o pai fica muito pouco em casa, por conta de seu trabalho. O relato do mesmo ser tímido e chorar ao ter a atenção chamada, reforça que o ambiente pode ser muito agressivo e este não suportar mais desse tipo de carga, além de levar à reflexão: como essa “atenção” é chamada?

Seu pai, ausente, é idealizado em sua presença, foi percebida necessidade de realização quanto a essa figura. Quanto à mãe, foi indicada necessidade de segurança, inadequação sexual e de demonstrar virilidade.

Muito embora sofra de sintomas depressivos profundos, dos quais, em sua própria imagem, há fortes indicadores de psicose e sintomas estes que são muito relacionados com a sua família, principalmente por causa de uma figura materna agressiva, o mesmo possui esperança, da qual divide com sua irmã, de poder ajudar e melhorar seu meio familiar.

Discussão

Como encontrado nos resultados do DF-E da totalidade dos participantes, identifica-se perdas reais e fantasiosas influenciadas pelos fatores da vulnerabilidade social, como dito acima. Todavia, tais perdas, mesmo influenciadas por fatores de origem socioeconômica, são experimentadas e representadas por estas crianças como perdas afetivas.

Sobre o luto e a melancolia, é possível afirmar que estas crianças se situam fortemente em um processo depressivo, manifestando certo estado de melancolia ou, pelo menos, em seu limiar, conforme Freud (1917/1974). Parece evidenciar-se, pois as insatisfações colocadas são relativas à ordem moral em vez de física, e muitos demonstram sentimentos de menos valia e inadequação, além de culpa por não serem desejados. As situações descritas em suas histórias registram que vivem um estado de luto de diante de perdas conscientes e inconscientes, e que a falta de elaboração de cada uma dessas perdas gera um efeito “bola de neve”, ou seja, gera mais e mais perdas, e aí se instala o luto crônico, a melancolia e os sintomas depressivos, identificados neste estudo e que, apontam para um possível prognóstico de depressão propriamente dita.

Os pais se configuram como sendo os principais objetos diante dos quais se manifestam os sentimentos de perda, assim como, os principais motivos dos processos de luto, são, inegavelmente, as figuras parentais. Em todas as produções podemos verificar a presença de, pelo menos, uma figura materna ou paterna negativa, como já

dito anteriormente, ausente, omissa ou rejeitadora. No entanto, a análise do material indica ambas as figuras (paterna e materna) com estas características negativas, sendo a figura do pai, mais característica.

Como figuras parentais, essas são as primeiras figuras na vida em que são feitos os movimentos de projeção e introjeção de objetos bons e maus e a integração deles na posição depressiva. Conforme as teorias psicanalíticas de Freud e Klein (Freud, 1917/1974; Simon, 1986), essas primeiras relações de objeto serão repetidas em outras relações além da família durante a vida. Portanto, essas relações nas quais estão presentes para a criança apenas objetos maus e perseguidores, que despertam ansiedades paranóides, poderão desencadear, algum mecanismo de defesa predominante em pulsão de morte, em forma de reação a essas figuras e mundo considerados tão hostis, podendo assim, gerar um ciclo do qual estas crianças poderão se tornar “problemas sociais” maiores, assim como figuras vazias e sem recursos internos para enfrentarem as adversidades da vida, para o estabelecimento de vínculos amorosos, comprometendo a própria relação com seus possíveis futuros filhos.

Os resultados apresentados concordam com as pesquisa relatada de Maycoln et al., (2010), ao relatarem que famílias com maiores níveis de conflito em lugar da afetividade, apresentam mais sintomas depressivos em crianças.

A maior parte dos sintomas de depressão, descritos conforme o DSM-IV (1995) se apresentou na amostra investigada pelo DF-E, bem como nas fichas de matrícula, fortalecendo a possibilidade do diagnóstico de depressão, assim como a necessidade de um acompanhamento profissional e possível tratamento. Porém, assim como afirmam Peluso e Blay (2008), a população somente adere ao tratamento conforme a mesma a caracteriza, importante ou não, existente ou não etc. No breve contato com as famílias, a maior parte não julgava necessidade em um psicólogo investigar mais detalhadamente sobre o estado de depressão em seus filhos, da mesma forma, outros afirmaram categoricamente que seus filhos estavam bem e não eram “loucos” (sic).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar a psicodinâmica destas crianças encontramos indícios de vulnerabilidade social e afetiva. Nestes casos, influencia diretamente a vida presente e futura das crianças, por meio dos pais, que por sua vez, para conseguir dinheiro, têm de trabalhar por mais tempo, e isso os leva a morar em espaços com baixa infraestrutura, contando com doenças, criminalidade, falta de serviços públicos etc. No entanto,

mesmo sob essas justificativas, não se exime a corresponsabilidade dos pais diante do desenvolvimento destas crianças, nem mesmo sua imaturidade para lidar com a maternidade e paternidade.

Diante da situação de vulnerabilidade social que se encontram, implica também na vulnerabilidade afetiva que igualmente enfrentam e representaram no material aqui analisado. Indagamos se esse papel fica por conta da participação no projeto socioeducativo em questão, que provê, oferece acolhimento, referências e modelos de identificação, favorecendo seu desenvolvimento.

Referências

- Ajuriaguerra, J. de. (1983). *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo: Masson.
- Assumpção Junior, F.B. (1993). Depressão na infância. In: Fraguas Junior, R.; Meleiro, A.M.A; Spinelli, M.A.; Assumpção Junior. *Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: a clínica das depressões*. São Paulo: [s.n.].p. 58-72.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia:entrevistas e grupos*. (2 ed.). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde: *CID- X*. (2000). 8. ed. São Paulo: EDUSP. v.1,
- Crivelatti, M.M.B.; Durman, S. & Hofstatter, L.M. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis (15): 64-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 1 mar. 2015.
- Crunivel, M. & Borucho, E. (2009). Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. *Psicologia em pesquisa*. Juiz de Fora (3) 1: 87-100. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> Acesso em 1 mar. 2015.
- Dalgalarrrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferriolli, S.H.T.; Maturano, E.M. & Puntel, L.P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no programa saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo (41) 2: 251-259. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 1 mar. 2016.
- Figlie, N.; Fontes, A.; Moraes, E. & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo (31) 2: 53-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 1 mar. 2015.

- Freud, S. Luto e melancolia. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XI; Tradução e revisão de J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).
- Fonseca, C. (2004). Os direitos da criança - dialogando com o ECA. In: Fonseca, C.; Terto Junior, V. & Alves, C. F. (Orgs.). *Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares*. Porto Alegre: UFRGS.
- Fuentes, M.J.S. (2000). O diagnóstico da depressão. *Psicologia USP*. São Paulo (11)1:155-187.
- Golfeto, J.H.; Veiga, M.H.; Souza, L. & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista Psiquiatria Clínica*. 29 (2): 66-70.
- Gouveia, R.V.; Barbosa, G.A.; Alemida, H.J.F. & Gaião, A.A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(7): 345-349.
- Kovacs, M.A. (1983). Developmental Perspective on Methods and Measures in the assessment of Depressive Disorders: The Clinical Interview. In: Rutter, M; Izard, C. & Read, P. *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*. 335-365. New York: Guilford Press.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - *DSM-IV*. (1995). Porto Alegre: Artes Médicas. (4 ed).
- Maycoln, L.M.T.; Cardoso, B.M. & Freitas, A.C.H. (2010). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, (23) 2: 324-333. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 1 mar. 2015.
- Ocampo, M.L.S. & Arzeno, M.E.G. (2001). A entrevista inicial. In: Ocampo, M.L.S.; Arzeno, M.E.G. & Piccollo, E.G. (2001). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (10. ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID X*. São Paulo: EDUSP.
- Peluso, E. T.P. & Blay, S. L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. (42)1: 41-48. São Paulo.
- Simon, R. *Introdução a psicanálise: Melanie Klein*. (1986). São Paulo: EPU, 1986.

- Souza, J. & Carvalho, M.P. (2010). Repercussões do ambiente familiar alcoolista para o desenvolvimento da criança. Relato de caso. *Pediatria Moderna*, (10) 3: 114-119. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/>. Acesso em 1 mar. 2014.
- Tardivo, L.S.P.C. (1997). Análise e interpretação. In: Trinca, W.(1997). *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. (2. ed.) São Paulo: EPU.
- Trinca, W. & Tardivo, L.S.P.C. (2000). Desenvolvimento do procedimento do Desenho-estória. In: CUNHA, J. e cols.(2000). *Psicodiagnóstico V*. (5. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

O Desenho-Estória com tema para a investigação do significado da atividade física para adolescentes

Thiago Henrique de Barros Cobra

Paulo Francisco de Castro

Universidade de Taubaté

Resumo: Devido ao aumento de atividades com computadores, vídeo games e outras ações que podem ser realizadas sem esforço físico, percebe-se a diminuição da necessidade das pessoas de realizarem atividades físicas, devido ao grande atrativo e comodidade que estas tecnologias proporcionam. Nesse cenário, a contribuição da Psicologia do Esporte centra-se em estudar o ser humano no contexto do esporte e atividades físicas, associando a aplicação prática desse conhecimento. Os psicólogos do esporte e do exercício identificam princípios e diretrizes que podem ser utilizadas para auxiliar os indivíduos à prática de atividades esportivas no seu tempo livre. O presente trabalho visa apresentar o significado da atividade física para adolescentes, por meio do Desenho-estória com Tema. Participaram do estudo 20 adolescentes, com idade entre 14 e 17 anos, divididos igualmente quanto ao sexo, todos cursando o ensino médio, que realizaram o Desenho-estória com Tema, com a instrução “Desenhe um adolescente praticando alguma atividade física”, após a execução do desenho, foi solicitado a elaboração de uma história sobre o mesmo, seguida de inquérito e título. Em linhas gerais, pode-se observar que 13 participantes desta amostra apresentaram atitude de identificação positiva e cinco de aceitação. Quanto às figuras significativas, 12 participantes não apresentaram o item, por terem produzido um desenho com uma única figura humana, e outros cinco participantes apresentaram a figura fraterna positiva. Quanto aos sentimentos expressos, 12 participantes apresentaram emoções positivas e oito apresentaram instinto de vida. Também 19 participantes apresentaram tendências construtivas e toda a amostra apresentou impulsos amorosos e ansiedade depressiva. Quanto aos mecanismos de defesa seis apresentaram idealização, cinco deslocamento e quatro projeção. Dessa maneira, em linhas gerais, é possível identificar uma representação positiva da atividade física para esse grupo de adolescentes, oriunda da articulação de suas vivências e expectativas diante de seu desempenho, utilizando-se processos defensivos eficientes, quando necessário. **Apoio:** PIBIC - CNPq/Unitau

Palavras-chave: *Adolescência; Psicologia do Esporte; Avaliação Psicológica.*

Introdução

O conhecimento da área de Psicologia do Esporte pode ser aplicado em todas as faixas etárias, e neste trabalho enfocam-se os adolescentes na prática da atividade física durante o ensino médio e a representação psicológica que a mesma possui para o adolescente.

A atividade física está presente no cotidiano do indivíduo desde cedo, influenciando o seu desenvolvimento. Ao chegar à adolescência, usualmente é no ambiente escolar que o jovem passa a ter contato com a atividade física de forma estruturada e planejada. Na escola, se essa prática não for bem conduzida pelo professor, pode perder o seu caráter lúdico e prazeroso, tornando-se competitivo e frustrante tanto para crianças como para adolescentes. Além dos benefícios para a saúde física dos jovens, a atividade física também pode trazer os benefícios psicológicos e sociais para o seu desenvolvimento. Segundo Samulski, Costa, Amparo e Silva (2009) a atividade física influencia diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, diminuindo estresse, ansiedade, depressão moderada e raiva, emoções comuns ao que o adolescente

vivência e que de alguma forma podem influenciar negativamente no desenvolvimento saudável de sua estrutura psíquica, biológica e social.

A Psicologia do Esporte tem registros de pesquisas desde o século XIX, mas sua efetividade ocorre na década de 1920 diante dos primeiros laboratórios de pesquisa por todo o mundo; nos Estados Unidos com Coleman Griffith, na antiga União Soviética com Rudik e Puni, no Japão com Matsui e na Alemanha com Shulte e Sippel. Com o desenvolvimento da Psicologia do Esporte, em 1965 é fundada em Roma a Sociedade Internacional de Psicologia do Esporte (International Society of Sport Psychology – ISSP). Em 1970 chega à América Latina, e, em 1979 é fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia do Esporte, da Atividade Física e Recreação (SOBRAPE), e, em 1986, foi fundada a Sociedade Sul-Americana de Psicologia do Esporte, da Atividade Física e Recreação (SOSUPE) (Samulski et al., 2009).

No Brasil, esta é uma área em processo de desenvolvimento, observa-se nas últimas décadas um significativo crescimento, mas ainda com baixa adesão de psicólogos aos cursos de especialização, sendo os educadores físicos a maioria dos profissionais que atuam diretamente com essa área. Muitos psicólogos que trabalham com atletas no meio esportivo não possuem conhecimento suficiente sobre o que de fato o atleta vive no seu dia a dia, nesses casos, falta ao profissional conhecimento específico sobre a área, o que pode inibir o atleta ou qualquer outra pessoa que queira um auxílio na sua atividade física de lazer ou profissional a procurar este serviço. Para que haja um crescimento da Psicologia do Esporte, a apresentação dos principais conceitos e as discussões sobre a área devem começar na graduação, inserindo a Psicologia do Esporte como uma disciplina na grade curricular (Rubio e cols., 2000).

Para que a Psicologia do Esporte atinja seu real objetivo, que é estudar o ser humano no contexto do esporte e atividades físicas e a aplicação prática desse conhecimento, os psicólogos do esporte e do exercício identificam princípios e diretrizes que os profissionais podem usar para auxiliar adultos, adolescentes, crianças, atletas de elite, atletas jovens, atletas portadores de limitações físicas e mentais, pessoas de terceira idade e pessoas que praticam atividade esportivas no seu tempo livre, com a finalidade de desenvolver boa performance, satisfação pessoal, qualidade de vida e o desenvolvimento psicossocial intermediado pelos exercícios físicos. A especialização em Psicologia do Esporte pode ser feita por diversos profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos entre outros. Nos campos de estudo e de atuação profissional, a área de psicologia do esporte possui duas vertentes que se

complementam no sentido de uma ação efetiva no saber psicológico: a psicologia clínica e a psicologia educacional (Weinberg & Gould, 2001).

Segundo Weinberg e Gould (2001) a atuação em psicologia clínica do esporte está associada somente à prática dos profissionais formados em psicologia, por trabalhar com indivíduos com dificuldades ou transtornos emocionais, pois os atletas também sofrem ou desenvolvem transtornos psicológicos graves, principalmente aqueles que se dedicam a competições de alto rendimento. Já o profissional da psicologia do esporte na área educacional trabalha com elementos técnicos do atleta. Em sua formação eles têm treinamento em cinesiologia, psicologia do movimento humano, ciência do esporte e do exercício. São caracterizados como “técnicos mentais” que ensinam os atletas a lidarem com suas habilidades.

O adolescente, durante seu desenvolvimento, passa por diversos conflitos gerados pelas mudanças que ocorrem em seu corpo, mente e nas suas relações com os outros. O esporte pode ajudar nesse desenvolvimento, devido à aquisição de regras de conduta, de normas, de comportamento, de valores sociais, perseverança, disciplina, cooperação, para a formação da personalidade e até mesmo a competitividade positiva que é vista como uma habilidade social necessária para a vida profissional, além disso, a prática esportiva é apoiada pelos pais e tem uma boa aceitação pelos adolescentes (Ferraz, 2009).

O desenvolvimento de cada um ocorre em tempo diferente e é nesse momento que podem surgir conflitos para os jovens e a diferença talvez mais marcante ocorra no desenvolvimento físico que, para alguns adolescentes é prematuro, e para outros é tardio. Isso pode fazer com que o adolescente se sinta frustrado e incapaz para realizar determinadas atividades e também não entenda o motivo pelo qual seu corpo não desenvolve como os dos colegas, podendo gerar conflitos psicológicos e dificuldades em seus relacionamentos. O esporte pode auxiliar o adolescente a perceber os potenciais desse corpo que desenvolveu, fazendo-o ter consciência de suas habilidades (Ferraz, 2009).

Outro momento conflituoso para o jovem associa-se a seu desenvolvimento cognitivo, pois na adolescência começa a tomar consciência de si e dos outros, entretanto o adolescente é um indivíduo autocentrado e está sempre preocupado com o sua imagem em relação aos outros, em se adaptar para ser aceito e isso interfere também na sua relação social, pois nessa tentativa de se adaptar a todo custo, pode gerar certo conflito diante das diferentes maneiras de agir que desenvolve no período (Mayer, 2006;

Papalia & Olds, 2000). A atividade física que o jovem tem na escola é importante, pois como a maior parte das atividades são realizadas em grupo, proporcionam a esse jovem amplo relacionamento com seus colegas que usualmente são diferentes dele, pois assim como em qualquer fase da vida, o ser humano tende a se relacionar com os indivíduos semelhantes, que compartilhem das mesmas ideias, os mesmos interesses e esse momento da atividade física na escola pode ensinar esse jovem a se relacionar como outros fora do seu círculo de amizade (Ferraz, 2009).

Ao mesmo tempo em que há um consenso geral sobre a importância da atividade física, observa-se grande ligação dos jovens com ações sedentárias, principalmente as ligadas ao acesso à tecnologia, a partir de computadores, vídeos games e televisões que atualmente são muito mais do que somente um meio de entretenimento. Tornaram-se também uma forma de se relacionar, pois os jovens não precisam mais se locomover para encontrar seu amigo para conversar ou jogar, todas as relações são aprofundadas pela internet ou pelo vídeo game, que possuem grande atrativo, principalmente para os adolescentes. Enfim, por vezes, o único momento que os jovens têm contato, de fato, com a atividade física ocorre na escola, atribuindo a esse espaço importante papel de fazer com que esses jovens busquem a prática da atividade física, podendo associá-la a algo prazeroso e lúdico.

Na introdução há muita informação sobre psicologia do esporte, mas não há informações sobre os métodos projetivos, não há informações sobre o procedimento de Desenho-estória com Tema e nem referência a outros estudos que vão nesta direção.

Objetivo

Apresentar o significado simbólico da atividade física para adolescentes, e suas representações por meio dos dados do Procedimento de Desenho-estória com Tema.

Método

Pode-se considerar a presente investigação como pesquisa exploratória, que possui como objetivo trazer familiaridade a um assunto, aprimorando ideias ou descobertas tendo um planejamento bastante flexível. O delineamento usado foi o estudo de campo que permite maior profundidade das questões abordadas, estudando um único grupo ou comunidade, a partir da análise da interação entre os membros (Gil, 2010).

Participantes

O estudo foi realizado com adolescentes de uma escola particular do município de Taubaté - SP com idade média de 14 a 17 anos, perfazendo um total de 20 indivíduos, igualmente divididos quanto ao sexo.

Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados neste trabalho foi o Desenho-Estória com Tema (D-E/T) que consiste em uma técnica de investigação da personalidade que utiliza basicamente o desenho livre associado a histórias com uma temática específica (Trinca & Tardivo, 2003). O D-E consiste em uma técnica pautada nos desenhos livres que são técnicas gráficas que facilitam a comunicação principalmente com crianças e adolescentes que têm dificuldade em verbalizar seus conteúdos. Esta técnica tem várias formas de ser usada, como um desenho livre em que o indivíduo conta uma história sobre o que ela desenhou, como desenho de família com estória e desenho-estória com tema (Trinca, 1987). Este procedimento foi desenvolvido por Walter Trinca em 1972, caracterizado como estratégia projetiva que fornece informações sobre a representação simbólica, inteligência, psicomotricidade, vida afetiva, entre outras, é uma excelente técnica para se trabalhar tanto com crianças quanto adolescentes, pois pelo desenho tendem a expressar de forma bastante inconsciente, uma visão de si mesmos tal como gostariam de ser (Trapé Trinca, 2013; Trinca, 1987). No caso deste trabalho foi utilizada a técnica de Desenho Estória com Tema, que consiste no estudo específico de determinado tema proposto pelo examinador que pede para que o examinando desenhe e conte uma história associada ao desenho (Trinca & Tardivo, 2003; Trinca, 2013a; Trinca, 2013b).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade de Taubaté, sob protocolo CAAE 32717114.6.0000.5501, de 04 de julho de 2014. Além disso, foi autorizado pelas escolas onde os adolescentes estudavam.

A proposta foi feita aos adolescentes, explicando-se no que consistia o trabalho e qual o objetivo, solicitando aos interessados que levassem o termo de consentimento livre e esclarecido para seus responsáveis legais. Depois que cada adolescente apresentou o termo assinado pelos seus responsáveis, foi feita a aplicação do instrumento D-E/T de forma individual, com a seguinte instrução: “Desenhe um adolescente realizando alguma atividade física”. Após a produção gráfica, foi solicitada uma história sobre o desenho, seguindo um inquérito para esclarecimentos de pontos importantes para a compreensão da construção pictórica e verbal dos adolescentes e, por fim, foi solicitado um título para a produção.

Resultados e Discussão

A análise dos dados pautou-se na identificação das categorias ou áreas que comportam aspectos ou itens de manifestação de fatores dinâmicos da personalidade, por meio das narrativas, segundo proposta de Tardivo (1997) e Trinca (1987).

Tabela 1. Atitudes observadas nas narrativas dos participantes.

Atitudes Básicas	Feminino	Masculino	Total
Aceitação	3	2	5
Aceitação/Identificação positiva	0	0	0
Oposição	1	1	2
Insegurança	0	0	0
Identificação positiva	6	7	13
Identificação negativa	0	0	0
Identificação negativa/Hostilidade	0	0	0
Identificação negativa/Insegurança	0	0	0
Identificação negativa e positiva/Insegurança	0	0	0
Total	10	10	20

Dentre as categorias deste item seis indivíduos do sexo feminino e sete do sexo masculino apresentaram Identificação Positiva com a atividade física, ou seja, parece que este contexto lhes é confortável, possibilitando exploração da sua identidade, valorização e também demonstram uma construção de autoimagem e autoconceito reais e positivos.

Na categoria Aceitação três participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino apresentaram tal característica, ou seja, os jovens desta amostra demonstraram que por meio da atividade física encontram uma maneira de alcançar seus objetivos, domínio de seus desejos, buscar autonomia e serem aceitos. Na categoria Oposição apenas um do sexo feminino e um do masculino apresentaram esta característica. Estes adolescentes demonstraram não valorizar a atividade física e não conseguem se colocar em tal contexto.

Quanto à Atitude Básica, há 13 pessoas da amostra total que apresentaram Identificação Positiva, cinco Aceitação e dois Oposição, ou seja, a maior parte dos participantes desta amostra se sente bem quando inserido no contexto da atividade

física, já outra parte da amostra parece buscar aceitação no mesmo e uma pequena parcela demonstrou não sentir-se bem neste contexto.

Gáspari e Schwartz (2001) pesquisaram a relação entre participação esportiva e qualidade de vida na visão de adolescentes e observaram pouca adesão às atividades físicas na rotina dos participantes. Diante disso, explicam que esta questão está cada vez mais gerando a desumanização do indivíduo, a individualização, o silenciamento do corpo e viver em coletividade vem sufocando a espontaneidade, a liberdade, a espontaneidade entre outras características humanas. Em observação a esse dado, os autores compreendem a sociedade que coloca o sujeito em um consumo vazio, manipula o indivíduo, fazendo-lhe acreditar no que é bom para ele e que tudo está pronto para este. O adolescente neste meio é facilmente manipulado a acreditar nos estereótipos corporais, do que seria saúde, como se deve agir ou pensar e isto influencia a maneira que interpretam o esporte. Ressaltam que o esporte pode fugir dessa lógica social e pode ser percebido, e utilizado, como estratégia para que esse adolescente possa desenvolver habilidades positivas e saudáveis, dependendo de como é apresentado ao grupo, percebendo a atividade física como algo positivo para si.

Tabela 2. Figuras Significativas presente nas narrativas dos participantes

Figuras Significativas	Feminino	Masculino	Total
Figura materna positiva	1	0	1
Figura materna negativa	0	0	0
Figura paterna positiva	1	0	1
Figura paterna negativa	0	0	0
Figura fraterna (outros) positiva	2	3	5
Figura fraterna (outros) positiva/ Igualdade	0	0	0
Figura fraterna (outros) negativa	0	1	1
Não apresenta figuras significativas	6	6	12
Total	10	10	20

No item Figura Significativa, oito colaboradores da amostra total apresentaram a referida característica, observa-se que a maior parte identificada como Figura Fraterna (outros) positiva, sendo duas colaboradoras e três colaboradores, para estas pessoas há integração de outros na representação da atividade física e esta é percebida como agradável, gerando cooperação e igualdade.

Três adolescentes indicaram a representação de figuras parentais e o restante do grupo, composto por seis colaboradoras e seis colaboradores não apresentaram Figuras significativas, pois produziram um desenho e uma história com apenas um personagem, dado que pode revelar que esses participantes compreendem a atividade física de forma individual.

Este dado deve ser analisado com cautela, pois estudos encontrados na área do esporte explicam que a atividade física pode auxiliar no processo de socialização (Ferraz, 2009; Marques, 2000; Samulski, 2009; Silva & Costa Júnior, 2011). Para compreender melhor este dado, talvez fosse necessária uma interpretação psicodinâmica dos sujeitos do grupo, pois a atividade física não vivida de forma agradável pelo adolescente, sendo compreendida como competitiva, por exemplo, pode ser frustrante para o jovem que não tem habilidades para um melhor desempenho naquela modalidade (Marques, 2000). Então seria necessário verificar como foi a vivência desses jovens dentro da atividade física em diversos contextos.

Tabela 3. Sentimentos Expressos observados nas narrativas dos participantes

Sentimentos Expressos	Feminino	Masculino	Total
Derivados do Instinto de vida	3	5	8
Derivados do Instinto de morte	0	0	0
Derivados do Conflito	7	5	12
Total	10	10	20

Em relação aos Sentimentos Expressos, observa-se que a maior parte do grupo indicou a categoria Derivados de Conflito (sete colaboradoras e em cinco colaboradores), o que indica que no contexto da atividade física há vivência de ambivalência, medo, perda, tristeza, talvez por representarem de forma competitiva e de rivalidade.

Por outro lado, oito adolescentes apresentaram a categoria Derivados do Instinto de Vida (três do sexo feminino e cinco participantes do sexo masculino), que representa sentimentos de alegria, amor, energia, conquista diante da vivência da atividade física.

Embora a diferença seja pequena entre os sexos masculino e feminino na apresentação deste dado, ainda sim pode ser relacionado ao que algumas pesquisas apresentam sobre o assunto, de que as meninas são mais sedentárias, ou seja, procuram menos a prática de atividade física do que os meninos o que pode justificar o conflito

quando inseridas neste meio. Questões sociais como maior liberdade que os adolescentes do sexo masculino possuem, além de terem mais valorização social para suas atividades físicas, como futebol por exemplo, podem ser consideradas para compreensão desses dados (Gonçalves, Hallal, Amorim, Araújo & Menezes, 2007; Hallal, Bertoldi, Gonçalves & Victora, 2006; Silvia & Malina, 2000).

Outro aspecto que pode influenciar o conflito com a atividade física é o fato de que os adolescentes estão passando por diversas mudanças nesta fase e o esporte pode ser um fator aversivo para os adolescentes, caso seja apresentado como atividade com foco competitivo o que desmotiva sua prática, pois vai evidenciar diferenças para um grupo que se encontra em um período onde se compara demais com os colegas, podendo causar insegurança e sentimentos de menos valia (Lazzoli et al., 1998).

Tabela 4. Tendências e Desejos observados nas narrativas dos participantes.

Tendências e Desejos	Feminino	Masculino	Total
Necessidade de Suprir Faltas Básicas	1	1	2
Tendências Destrutivas	0	0	0
Tendências Construtivas	9	9	18
Total	10	10	20

Observou-se que 18 participantes (nove para cada sexo) apresentaram Tendências Construtivas e apenas dois apresentaram Necessidade de Suprir Faltas Básicas. Portanto, verifica-se que o contexto da atividade física para os adolescentes indica busca de realização, liberdade, crescimento, aquisição, entre outras.

Tabela 5. Impulsos observados nas narrativas dos participantes.

Impulsos	Feminino	Masculino	Total
Amorosos	10	10	20
Destrutivos	0	0	0
Total	10	10	20

Todos participantes apresentaram Impulsos Amorosos, isso significa que para esta amostra, quando inseridos no contexto da atividade físicas todos tem impulsos decorrentes do instinto de vida.

Observou-se tendências construtivas e impulsos amorosos nas narrativas dos adolescentes. Estes dados serão analisados juntos, pois ambos tratam de sentimentos semelhantes que foram vividos neste meio, sendo que ambos os sexos quando inseridos no contexto da atividade física apresentam desejos e tendências de realização, liberdade, crescimento, aquisição entre outras. Estes dados coincidem com a teoria de que a atividade física pode ser vista como uma prática agradável para adolescentes. No trabalho de Hohepa, Schofield e Kolt (2006) identificou-se que os adolescentes percebiam vários benefícios em praticar atividades físicas como divertimento, reconhecimento social, socialização e conhecer novas pessoas.

Tabela 6. Ansiedades observadas nas narrativas dos participantes.

Ansiedades	Feminino	Masculino	Total
Ansiedades Paranoides	0	0	0
Ansiedades Depressivas	10	10	20
Total	10	10	20

Todos participantes apresentaram Ansiedade Depressiva, o que indica que ambos os sexos desta amostra conseguiram conduzir a ansiedade que o contexto da atividade física gera de maneira adequada.

Tabela 7. Mecanismos de Defesa observados nas narrativas dos participantes.

Mecanismos de Defesa	Feminino	Masculino	Total
Cisão	0	0	0
Projeção	3	1	4
Repressão	0	0	0
Negação/Anulação	1	1	2
Regressão	0	0	0
Racionalização	1	1	2
Isolamento	0	1	1
Deslocamento	2	3	5
Idealização	3	3	6
Sublimação	0	0	0
Formação Reativa	0	0	0

Negação Maníaca ou Onipotente	0	0	0
Total	10	10	20

A idealização foi observada em seis participantes (três para cada sexo), o que indica que essas pessoas quando inseridas no contexto da atividade física a compreendem como perfeita, carregada de aspectos somente positivos e plenamente valorizada.

O mecanismo deslocamento foi utilizado por cinco adolescentes (duas colaboradoras e três colaboradores), esta característica indica que estes sujeitos direcionam os conteúdos que a atividade física mobiliza para outros contextos.

Já o mecanismo de defesa Projeção foi utilizado por quatro indivíduos (três participantes do sexo feminino e um do sexo masculino), revelando a atribuição de sentimentos pessoais e valoração de seus conteúdos à temática da atividade física. Outros mecanismos indicaram menor frequência

Considerações finais

O que se pode verificar com este estudo é que a grande parte dos adolescentes que participaram da investigação demonstrou terem uma representação positiva da atividade física e apresentaram sentimentos positivos quando inseridos neste meio. De forma geral, a maioria dos aspectos de análise indica que os indivíduos significam a atividade física com valoração positiva, de construção e produtividade.

Por outro lado, as informações obtidas na categoria de análise referente às Figuras Significativas, indica que o grupo investigado possui uma representação mais individualizada da atividade física, compreendendo-a como ações desenvolvidas de forma pessoal e isolada. Estes dados podem ser investigados de forma mais contextualizada em outras pesquisas, por meio de entrevistas e com ampliação da amostra para que seja possível melhor identificação das vivências e representações da atividade física e do esporte para adolescentes.

Referências

Ferraz, L.O. (2009). O Esporte, a criança e o adolescente: consensos e divergências. In: J.D. Rose (Org.). *Esporte e atividade física na infância e na adolescência: uma abordagem multidisciplinar*. (2ª ed.). (pp. 45-59). Porto Alegre: Artmed.

- Gáspari, J.C., & Schwartz, G. M. (2001). Adolescência, esporte e qualidade de vida. *Motriz*, 7 (2), 107-113.
- Gil, A.C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, H., Hallal, P.C., Amorim, T.C., Araújo, C.L.P., & Menezes, A.M.B. (2007). Fatores sócio culturais e nível de atividade física no início da adolescência. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22 (4), 53-246.
- Hallal, P.C., Bertoldi, A.D., Gonçalves, H., & Victora, C.G. (2006). Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6), 1277-1287.
- Hohepa, M., Schofield, G., & Kolt, G.S. (2006). Physical Activity: what do high school student think. *Journal of Adolescent Health*, 39 (3), 328-336.
- Lazzoli, J.K., Nóbrega, A.C.L., Carvalho, T., Oliveira, M.A.B., Teixeira, J.A.C., Leitão, M.B., Leite, N., Meyer, F., Drummond, F.A., Pessoa, M.S.V., Rezende, L., De Rose, E.H., Barbosa, S.T., Magni, J.R.T., Nahas, R.M., Michels, G., & Matsudo, V. (1998). Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 4 (4), 107-109.
- Marques, J.A.A. (2000). A iniciação esportiva como meio educacional e o trabalho interdisciplinar. In: K. Rubio (Org.). *Encontros e desencontros: descobrindo a Psicologia do Esporte*. (pp. 87-94). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mayer, D.G. (2012). *Psicologia*. (9ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Papalia, D.E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento humano*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Rubio, K. e cols. (2000). *Encontros e desencontros: descobrindo a Psicologia do Esporte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Samulski, D.M., Costa, I.T., Amparo, L.P. & Silva, L.A. (2009). Atividade física, saúde e qualidade de vida. In: D. SAMULSKI (Org.). *Psicologia do Esporte: conceitos e novas perspectivas*. (2ª ed.). (pp. 357-382). Barueri, SP: Manole.
- Silva, P.V.C., & Costa Júnior, A.L. (2011). Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicologia Argumento*, 29 (56), 41-50.
- Silva, R.C.R., & Malina, R.M. (2000). Nível de atividade física em adolescentes do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 16 (4), 1091-1097.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (1997). Análise e interpretação. In: W. Trinca (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*. (pp. 115-156). São Paulo: Vetor Editora.

- Trapé Trinca, A.M. (2013). Desenvolvimento do Procedimento de Desenhos-Estórias. In: W. Trinca (Org.). *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimento e expansões*. (pp. 27-76). São Paulo: Vetor Editora.
- Trinca, W. & Tardivo, L.S.L.P.C. (2003). Desenvolvimento do Procedimento de Desenho-Estórias (D-E). In: J.A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico-V*. (5ª ed.). (pp. 428-438). Porto Alegre: Artmed.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. (2ª ed.). São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (2013a). Apresentação do Procedimento de Desenhos-Estórias. In: W. Trinca (Org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimentos de Desenhos-Estórias e Desenhos de Família com Estórias*. (pp. 11-30). São Paulo: Vetor Editora.
- Trinca, W. (2013b). Formas tradicionais de aplicação. In: W. Trinca (Org.). *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimento e expansões*. (pp. 13-26). São Paulo: Vetor Editora.
- Weinberg, S.R., & Gould, D. (2001). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

O emprego do Desenho-Estória com Tema como estratégia para avaliação em indivíduos com deficiência visual

*Bruna dos Santos Moreira
Paulo Francisco de Castro
Universidade de Taubaté*

Resumo: A deficiência visual é um quadro clínico que, apesar de sua etiologia orgânica, desencadeia uma série de consequências psíquicas, que podem acarretar mudanças na qualidade de vida daquele que possui algum prejuízo visual, parcial ou total. Nesses casos, o indivíduo com deficiência visual deverá desenvolver, no percurso do seu processo de desenvolvimento, estratégias de adaptação a um mundo que é, predominantemente, vidente, além de superar uma série de obstáculos que são impostos pela realidade em que vive. O objetivo do presente trabalho é discutir a possibilidade do emprego do Procedimento de Desenhos-estórias - D-E como recurso para avaliação psicológica de indivíduos com deficiência visual. Para tanto, utilizou-se uma estratégia derivada do D-E onde há a inclusão de um tema específico para a produção gráfica e temática. A pesquisa contou com a colaboração de 20 indivíduos adultos, sendo dez com deficiência visual total e dez com deficiência parcial ou com baixa visão, dos quais 12 homens e oito mulheres, com estado civil e escolaridade variados, e nível econômico médio. Foi realizada a adaptação de uma prancheta para que o espaço da folha pudesse ser delimitado para a realização do desenho e foi solicitado aos participantes: “Faça um desenho de uma pessoa com deficiência visual”, após a produção gráfica, foi solicitado que cada um elaborasse uma história sobre seu desenho, seguido de inquérito e título. Após análise das narrativas, os dados mais incidentes foram os seguintes: identificação positiva (N=8), figura fraterna positiva (N=15), sentimentos derivados do instinto de vida (N=13), necessidade de suprir faltas básicas (N=8), impulsos amorosos (N=15), ansiedade do tipo depressiva (N=13) e racionalização como mecanismo de defesa (N=7). Assim, pode-se observar que a utilização do D-E configura-se como um recurso viável, com muitas possibilidades de exploração dos dinamismos psicológicos dos indivíduos com deficiência visual.

Palavras-chave: Avaliação psicológica, Desenho-estória, deficiência visual.

Introdução

Os dados do censo do IBGE de 2010 indicam uma evolução do quadro da deficiência visual em dez anos no Brasil, apresentando, à época, um total de 651.262 milhões de pessoas que são acometidas pela cegueira em alguns lugares do país. Em comparação com os outros tipos de deficiência, observa-se que a deficiência visual tem o maior número de pessoas acometidas pelo mundo, sendo 90% em países que estão em desenvolvimento (Gabrilli, 2007).

A deficiência visual afeta total ou parcialmente o sistema visual de coleta de informações que o ser humano possui, assim, existem pessoas totalmente cegas e outras que possuem alguma porcentagem da visão, de qualquer maneira todos podem ser considerados com deficiência visual (Coll, Marchesi & Palacios, 2004). A impossibilidade total ou redução da acuidade visual decorrem de imperfeições no órgão ou no sistema visual que podem ser inatas, por imperfeições genéticas ou por patologias durante a gestação ou parto, ou adquiridas por uma série de quadros clínicos ou acidentes durante a vida e que podem ser corrigidas por cirurgias ou uso de equipamentos para aumentar a capacidade visual (Gabrilli, 2007; Machado, 1993).

Algumas causas desses problemas são orgânicos, tais como: diabetes, retinopatia diabética, síndromes neurológicas que afetam o nervo óptico, traumatismos, alcoolismo e drogas em geral usadas pela mãe, doenças infecciosas, entre outras (Brasil, 1990; Gil, 2000; Machado, 1993).

Apesar de todos os sentidos sensoriais serem considerados como uma via que possibilita ao indivíduo o acesso ao mundo, considera-se que 80% do conhecimento que o ser humano adquire, seja obtido por meio da visão (Nuernberg, 2008). A visão torna a informação de forma integrada, por isso na falta da visão, os outros sentidos originam dados que podem ser recebidos de maneira fracionada (Santin & Simmons, 1996). Nesses casos, as informações são percebidas e codificadas pelas mãos ocorrendo à exploração tátil e também pela linguagem, pois ouvem e falam, compensando a falta de visão do indivíduo (Gil, 2000).

A pessoa com deficiência visual pode partir para uma conduta de isolamento, afastando-se do contato grupal, dificultando o desenvolvimento de sua competência social. Mas a interação social que o deficiente visual mantém com sua comunidade é um elemento importante para sua vida social, além de que conviver com pessoa com deficiência visual é compreender e entender o real significado de respeito, dignidade, admiração e superação (Abreu, 2009; Gabrilli, 2007; Souza & Batista, 2008).

Não existem testes psicológicos para avaliar os aspectos cognitivos das pessoas com deficiência visual, sendo assim é difícil obter avaliações acerca deste assunto, e para a maioria dos testes psicológicos é necessário ter o funcionamento da visão, necessitando de adaptações para sua utilização (Nascimento & Flores-Mendoza, 2007). Nessa direção tem-se a mesma dificuldade para avaliação de personalidade, em que vários instrumentos dependem diretamente da capacidade visual para eliciar suas respostas (Amiralian, 1997a), excetuando-se aqui as escalas e inventários em que os itens podem ser lidos aos avaliados e aplicados verbalmente, a exemplo do estudo de Maia, Del Prette e Freitas (2008) que aplicaram o Inventário de Habilidades Sociais em um grupo de deficientes visuais e observaram que a interpretação do referido construto é absolutamente viável pela organização verbal do instrumento.

Segundo Amiralian (1997a), anteriormente acreditava-se que os possíveis desenhos produzidos por um indivíduo com deficiência visual não correspondiam às suas características pelo fato de serem fruto de aprendizagem imposta pelos padrões dos videntes. Entretanto, a atividade de desenhar é fruto da criatividade e das características

peçoais de quem realiza a produção gráfica, assim é um ato mental do sujeito que permite a avaliação.

Em relação ao desenvolvimento de estratégias de avaliação, tem-se a investigação de Morgado e Ferreira (2010) que adaptaram a escala de silhuetas que avalia a percepção corporal, passando do modo bidimensional que utiliza a visão para tridimensional, situação onde o indivíduo utiliza o tato para a diferenciação das figuras. Observaram que a adaptação foi eficiente na investigação do referido construto em pessoas com deficiência visual.

Ainda no que tange à avaliação psicológica, mas agora com foco no ensino de graduação em Psicologia, Zanfeli e Oliveira (2013) descrevem um levantamento realizado junto a profissionais da área sobre as estratégias aplicadas, dificuldades e facilidades na apresentação dos conteúdos referentes ao tema para acadêmicos com deficiências sensoriais. Observaram, em síntese, que houve maior concentração de respostas ligadas às dificuldades e limitações da prática, destacando a necessidade de mais investigações e reflexões sobre o assunto.

Objetivo

Discutir o emprego do Procedimento de Desenhos-estórias com Tema - D-E/T como possível recurso para avaliação psicológica de indivíduos com deficiência visual, por meio da apresentação de dados obtidos na identificação da representação da deficiência em um grupo de participantes.

Método

Considerando-se os objetivos propostos para esta pesquisa, a mesma foi classificada como exploratória, ou seja, envolveu estratégias que teve como objetivo obter uma visão geral de um determinado assunto por meio de uma investigação sobre o mesmo (Gil, 2010). Segundo Rampazzo (2011), a pesquisa de caráter exploratória é uma observação que consiste em reunir dados sem aplicar meios técnicos ou perguntas diretas.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté, sob protocolo CEP/Unitau nº 420/12, de 21 de setembro de 2012.

O grupo de indivíduos que compuseram a presente investigação foi composto por 20 pessoas com deficiência visual com idade acima de 18 anos, não sendo

consideradas variáveis tais como sexo, escolaridade ou nível socioeconômico, pois essas questões não foram relevantes para o planejamento do estudo.

Foi realizada a aplicação individual do procedimento Desenho-Estória com Tema, que permite a exploração de aspectos específicos, de forma versátil e rica, pelo fato do examinador oferecer ao examinando um tema para que realize um desenho, logo deverá contar uma história que esteja relacionada com o desenho e o examinador fará o inquérito e pedirá um título para a produção (Vaisberg & Ambrosio, 2013; Trinca & Tardivo, 2002).

Para realizar a aplicação do procedimento Desenho-Estória com Tema, foi necessário um encontro, no qual este desenho foi realizado numa folha de papel com gramatura de 180, afixado em uma prancheta (comprimento 33cm - largura 24cm) revestida com um plástico espesso, que foi fornecida ao participante, que primeiramente teve uma instrução ‘desenhe nesta folha uma pessoa com deficiência visual, da maneira como quiser’ e após o desenho ter sido realizado o participante contou uma história, em seguida ocorreu o inquérito para esclarecer ao avaliador questões pertinentes à narrativa e em seguida o indivíduo atribuiu um título à sua produção. A utilização da prancheta garantiu que o indivíduo pudesse perceber a extensão da folha e pelo fato da mesma ser revestida, permitiu que, após a realização do desenho, o participante pudesse sentir o que havia produzido, de forma tátil, pelas marcas deixadas no papel.

Segundo Amiralian (1992) o procedimento do desenho-estória possibilita que a pessoa com deficiência visual expresse suas imagens mentais e consequentemente expressará seus conteúdos inconscientes.

Resultados e Discussão

Os dados sociodemográficos dos participantes estão expostos na Tabela 1, agrupados para melhor visualização das informações.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes.

Sexo	Perda Total	Baixa Visão	Total
Masculino	5	3	8
Feminino	5	7	12
Total	10	10	20

Faixa Etária	Perda Total	Baixa Visão	Total
20 anos – 30 anos	2	2	4
31 anos – 40 anos	2	4	6
41 anos – 50 anos	2	3	5
51 anos – 60 anos	2	1	3
61 anos – 70 anos	1	-	1
71 anos – 80 anos	1	-	1
Total	10	10	20
Estado Civil	Perda Total	Baixa Visão	Total
Casado	1	7	8
Solteiro	6	2	8
Viúvo	1	-	1
Divorciado	2	1	3
Total	10	10	20
Escolaridade	Perda Total	Baixa Visão	Total
Ensino fundamental incompleto	4	2	6
Ensino fundamental cursando	-	1	1
Ensino fundamental completo	-	-	0
Ensino médio incompleto	1	-	1
Ensino médio cursando	-	1	1
Ensino médio completo	4	2	6
Ensino superior incompleto	-	1	1
Ensino superior cursando	-	1	1
Ensino superior completo	1	2	3
Total	10	10	20
Deficiência Visual	Perda Total	Baixa Visão	Total
Congênita	3	8	11
Adquirida	7	2	9
Total	10	10	20

O grupo foi composto por maioria do sexo feminino, com idade entre 20 e 50 anos, com estado civil e escolaridade variados, divididos igualmente entre dez indivíduos com perda total e dez com baixa visão, todos considerados com deficiência visual de acordo com os critérios para classificação do referido quadro.

Ao explicar as instruções do procedimento D-E/T, todos os participantes com perda total da visão comentaram que não sabiam desenhar, pois há muito tempo não fazem isso, porém apenas uma disse que não iria fazer, mas após a explicação de que não seria avaliada a questão da estética do desenho a participante realizou o procedimento. Os indivíduos com baixa visão, não demonstraram ter preocupação em como seria o desenho, dois participantes utilizaram uma lupa para desenhar. Todos os

participantes após realizarem o Desenho-Estória, passavam a mão pelo desenho para sentir o que eles realmente desenharam, principalmente os com perda total da visão, manifestando satisfação pelo fato de terem conseguido realizar um desenho.

A análise dos conteúdos das narrativas do Desenho-estória com Tema foi desenvolvida a partir da proposta interpretativa de Trinca (1987) e de Tardivo (1997). As histórias foram analisadas, seus elementos identificados e avaliados como segue:

Tabela 2. Atitudes observadas nas narrativas dos participantes.

Atitudes Básicas	Perda Total	Baixa Visão	Total
Aceitação	1	-	1
Aceitação e Identificação positiva	2	3	5
Oposição	-	-	-
Insegurança	2	-	2
Identificação positiva	3	5	8
Identificação negativa	1	-	1
Identificação negativa e Hostilidade	1	-	1
Identificação negativa e Insegurança	-	1	1
Identificação negativa e positiva e Insegurar	-	1	1
Total	10	10	20

Ao que se refere às atitudes básicas apresentadas nas narrativas dos participantes, observa-se predomínio da identificação positiva, tanto nos três indivíduos com perda total da visão quanto nos cinco indivíduos de baixa visão, quando se considera o item associado a outros componentes, tem-se que 14 indivíduos manifestaram identificação positiva, que indica que os participantes possuem uma identificação positiva com sua deficiência e a maneira de lidar com as dificuldades que encontram, podendo ser interpretada como um fator de enfrentamento de sua condição.

Para as pessoas com deficiência visual, a adaptação é um processo intenso, onde devem compreender suas limitações, conseguir lidar com os fracassos vivenciados em sua rotina e reunir estratégias para que possam se organizar de forma efetiva (Amiralian, 2003). Por meio de condutas flexíveis e resilientes, é possível a adaptação eficaz, por meio da utilização de outras fontes de percepção (como a tátil e a auditiva, por exemplo), permitindo aos indivíduos com deficiência visual a reorganização de sua subjetividade e adaptabilidade ao mundo externo (Kastrup, 2007, 2008), além disso, o ambiente deve proporcionar condições para que a adaptação possa se desenvolver de forma mais efetiva, com o apoio necessário às mudanças necessárias para a ressignificação da subjetividade de cada indivíduo (Moraes, Lima & Mansoio, 2011).

Entretanto, há necessidade de se considerar se a perda da visão foi congênita ou adquirida, pois no primeiro caso, os recursos de adaptação podem ser mais limitados, pela inexistência de referenciais videntes (Morgado & Ferreira, 2010), em contrapartida Maia et al. (2008) concluem que os movimentos de adaptação e superação para relações sociais são mais presentes em indivíduos com cegueira congênita.

Amiralian (1997a) constatou em sua aplicação do D-E em indivíduos cegos congênitos que eles evidenciam a existência de dois mundos “o mundo dos cegos e o mundo dos videntes” (p. 279), com isso a autora percebe a necessidade dos mesmos em realizarem a integração com o mundo dos videntes, pois esse processo de integração possui três pontos importantes: o primeiro é o seu mundo interno, o segundo é o mundo experienciado pelos seus sentidos (sistema perceptivo, tátil-cinestésico e auditivos), e o terceiro é o mundo experienciado pelas pessoas que enxergam (videntes). Esse processo é necessário para se obter um bom desenvolvimento da personalidade e possibilita ter uma boa convivência com a sociedade. Dificuldades nesse processo de integração podem gerar problemas com sua própria identificação. Explica que um conflito expresso por alguns deficientes visuais é a questão de aceitar sua própria deficiência, sendo que alguns tentam aproveitar das diferenças que lhes cabem e se apoiam nelas, outros negam sua condição.

Tabela 3. Figuras Significativas identificadas nas narrativas.

Figuras Significativas	Perda Total	Baixa Visão	Total
Figura materna positiva	-	1	1
Figura materna negativa	-	-	-
Figura paterna positiva	-	-	-
Figura paterna negativa	-	-	-
Figura fraterna (outros) positiva	7	8	15
Figura fraterna (outros) ambivalente	1	-	1
Figura fraterna (outros) negativa	2	1	3
Não apresenta figuras significativas	-	-	-
Total	10	10	20

Pode-se observar a presença de figuras significativas que foram apresentadas nas narrativas dos participantes, sendo que a figura predominante foi a figura fraterna positiva, observada nas histórias de sete indivíduos com perda total da visão e em oito indivíduos com baixa visão. Esta figura está relacionada com a relação que eles possuem com as pessoas que estão no seu meio social e que de certa forma os auxiliam a enfrentar as dificuldades da deficiência visual.

Na aplicação do D-E com pessoas com deficiência visual congênita e adquirida pôde-se constatar que um conflito comum entre eles foi a questão das relações com as pessoas que estão em seu meio social, pois se preocupam com o lugar que estão ocupando na sociedade, se estão sendo amados e o principal é que eles querem ser aceitos como eles realmente são. Também apresentaram conflito entre se tornarem independentes e uma necessidade de estarem protegidos (Amiralian, 1997a, 1997b), aspecto que também pode ser observado nos estudos de Amiralian (2003) e Moraes et al. (2011) que identificaram centralização das relações interpessoais em componentes da família, que tendem a uma conduta de proteção dos indivíduos com deficiência, em sentido contrário da necessidade de desenvolvimento dos mesmos.

Por outro lado, Maia et al. (2008) observaram a necessidade de fortalecer vínculos interpessoais, principalmente nas mulheres com deficiência visual e que em todos o repertório de habilidades sociais se expande com o avanço da idade e com as experiências de vida que cada um adquire.

Tabela 4. Sentimentos expressos observados nas narrativas.

Sentimentos Expressos	Perda Total	Baixa Visão	Total
Derivados do Instinto de vida	6	7	13
Derivados do Instinto de morte	1	-	1
Derivados do Conflito	3	3	6
Total	10	10	20

Sobre os aspectos afetivos que foram expressos pelos participantes nas histórias, tem-se que os sentimentos derivados do instinto de vida predominaram em seis indivíduos com perda total da visão e sete indivíduos com baixa visão, que se caracteriza pelo sentimento de amor, energia e alegria que o indivíduo demonstra pela vida.

De acordo com Amiralian (1997b), a deficiência visual gera um conflito entre os impulsos de vida e de morte, na qual é rompido com o seu mundo interno as coisas boas e ruins. Os conflitos de querer ser independente e ao mesmo tempo dependente estão relacionados com as pulsões de vida e de morte. Cabe ao indivíduo reunir condições psicológicas de superação das dificuldades para reorganizar-se positivamente diante da vida e de suas exigências (Kastrup, 2007, 2008). Em termos de habilidades sociais observa-se o mesmo, dependendo do esforço observado pelo indivíduo, há predisposição suficiente para se aproximarem dos demais, no sentido de uma vivência positiva das relações (Maia et al., 2008). Também se observa que o amadurecimento

psicológico desses indivíduos permite que passem gradativamente de uma vivência negativa para uma vivência pautada no instinto de vida, de produção e de capacidade de superação (Amiralian, 2003).

Tabela 4. Tendências e desejos identificados nas histórias.

Tendências e Desejos	Perda Total	Baixa Visão	Total
Necessidade de suprir faltas básicas	4	4	8
Necessidade de suprir faltas básicas e Tendências construtivas	4	3	7
Necessidade de suprir faltas básicas e Tendências destrutivas	-	2	2
Tendências destrutivas	1	-	1
Tendências construtivas	1	1	2
Total	10	10	20

Em relação à motivação que os participantes demonstraram nas histórias, levando os personagens narrados à ação, percebe-se que quatro participantes com perda total da visão e quatro com baixa visão demonstraram a necessidade de suprir faltas básicas. Quando o referido item associado a outras tendências é considerado, tem-se que 17 indivíduos indicaram a necessidade de suprir faltas básicas em suas histórias. Assim, pode-se identificar que a maioria busca alcançar as faltas que acreditam possuir em sua vida como componente central de suas histórias.

Moraes et al. (2011) também observaram em sua pesquisa a busca por suprir algo que os indivíduos interpretaram como faltando em suas vidas, primeiro busca de contato com o outro e depois estratégias para superar seus temores. A superação de obstáculos impostos pela deficiência também foi observada na investigação de Kastrup (2007, 2008) que interpreta esse movimento como uma necessidade primordial dos indivíduos, que deve ser construída a partir de uma conduta flexível e de adaptação constante.

Nesse sentido, Moraes et al. (2011) comentam que é necessário que o indivíduo com deficiência visual passe por um processo de desestabilização para que este possa ser utilizado como recurso de mudança e superação de suas demandas centrais e básicas. Contudo, Maia et al. (2008) justificam que a questão da debilidade visual pode diminuir a capacidade do indivíduo para enfrentar novas situações, fazendo com que necessidades mais primitivas não sejam satisfeitas.

Tabela 5. Impulsos apresentados nas narrativas.

Impulsos	Perda Total	Baixa Visão	Total
Amorosos	8	7	15
Destrutivos	2	3	5
Total	10	10	20

A respeito dos impulsos que os participantes demonstraram ter ao contar a história, houve uma predominância dos impulsos amorosos em oito indivíduos com perda total da visão e em sete com baixa visão, esses impulsos representam a presença de realização e crescimento perante a vida, por meio de comportamentos de aproximação, valorização e instintos positivos.

Conforme os estudos de França-Freitas e Gil (2012) observaram conduta de interação amistosa e cooperativa, com afeto e acolhimento para com as pessoas que se aproxima de um sujeito investigado.

Tabela 6. Ansiedades identificadas nas histórias.

Ansiedades	Perda Total	Baixa Visão	Total
Paranóides	4	3	7
Depressivas	6	7	13
Total	10	10	20

Em relação às ansiedades, identificou-se predomínio da ansiedade do tipo depressiva, sendo apresentados por seis indivíduos com perda total da visão e sete indivíduos com baixa visão. No estudo de Kastrup (2008) que foi realizado com pessoas com deficiência visual, por meio de trabalhos com argila, durante os depoimentos dessas pessoas a autora percebeu o quanto a história do indivíduo deve ser reorganizada, pois ao perder a visão é como se perdesse sua própria referência. A necessidade e busca de reorganização também é descrita por Amiralian (2003).

Tabela 7. Mecanismos de defesa utilizados nas narrativas.

Mecanismos de Defesa	Perda Total	Baixa Visão	Total
Cisão e Racionalização	1	1	2
Projeção e Racionalização	1	1	2
Projeção e Fixação	1	-	1
Regressão e Negação	1	-	1
Racionalização	3	4	7
Racionalização e Regressão	1	-	1
Racionalização e Idealização	2	3	5
Racionalização e Negação	-	1	1

Total	10	10	20
-------	----	----	----

Em relação aos mecanismos de defesa, observa-se predomínio da racionalização como estratégia defensiva utilizada nas narrativas dos indivíduos com deficiência visual, utilizado por três indivíduos com perda total da visão e quatro com baixa visão. Entretanto, quando o referido mecanismo associado a outros é computado um total de 17 histórias que indicam a utilização de explicações lógicas e racionais para compreender a dinâmica das demandas levantadas nas histórias.

Entretanto, Amiralian (1997a) constatou em sua aplicação do D-E nos indivíduos com a deficiência visual adquirida que, ao perderem a visão, sentiram dificuldade na organização de sua vida, utilizando-se da negação e da cisão para enfrentar as demandas que as narrativas evocaram.

Tabela 8. Sentimentos expressos nas histórias.

Sentimentos	Perda Total	Baixa Visão	Total
Incapacidade	2	3	5
Adaptação	1	2	3
Independência	1	1	2
Solidão	1	-	1
Aceitação	1	-	1
Afiliação	1	-	1
Apoio	1	-	1
Oposição e resistência	1	-	1
Conflito de relacionamento	1	-	1
Necessidade de Afiliação	-	1	1
Determinação para vencer	-	1	1
Resistência	-	1	1
Dependência	-	1	1
Total	10	10	20

Em relação aos sentimentos expressos nas narrativas, pode-se observar variedade de sentimentos e emoções atribuídas pelos avaliados, com discreto aumento para incapacidade, mas também com a presença de adaptação e independência.

No que se refere ao grupo que indicou sentimento de incapacidade, identifica-se tal expressão em outros estudos, onde os participantes com deficiência visual desqualificam seus potenciais ao se compararem com as pessoas que enxergam, constituindo-se como uma percepção sentimental frequente nas pesquisas (Amiralian, 1992, 1997a, 1997b, 2003; Kastrup, 2007, 2008; Maia et al., 2008; Moraes et al, 2011).

Nota-se que esses indivíduos se esquecem de perceber que cada um é único e possui capacidades e habilidades únicas e positivas, mas é compreensível tal sofrimento diante de um mundo vidente e preconceituoso.

Considerações Finais

A partir dos dados apresentados, obtidos por meio da análise dos Procedimentos de Desenho-estória com Tema, foi possível observar um conjunto de características psicológicas nos indivíduos com deficiência visual participantes da presente investigação, a partir da representação que os esmos possuem sobre sua condição.

Em síntese, demonstraram ter identificação positiva quanto à deficiência visual e a maneira que lidam com a vida e aceitação perante a deficiência. Tendem a perceber que existem pessoas ao seu redor que os ajudam a enfrentar as dificuldades da deficiência visual.

Verifica-se que a maioria dos participantes apresentaram sentimentos derivados do instinto de vida com uma tendência construtiva e necessidade de estar sempre alcançando as faltas que possuem na vida, tendo um instinto amoroso para com tudo e todos.

Os participantes utilizam alguns mecanismos de defesa tais como serem racionais frente a sua deficiência e buscar sempre aquilo que acham ser ideal a si próprio. Confirma-se também o sentimento de incapacidade e ao mesmo tempo de adaptação que eles possuem com relação à deficiência visual.

Quanto à aplicação do procedimento Desenho-estória com Tema, foi possível perceber o quanto os próprios participantes não acreditavam que eram capazes de realizar um desenho, muitos com perda total da visão ficaram impressionados com o desenho, pois relataram que não iriam conseguir desenhar, devido às histórias contadas, percebe-se que a maioria das expressões são relatos da própria vida do indivíduo, então muitos se envolveram com a história e com desenho, pois queriam produzir uma representação de si mesmos, ou seja, alguns desenhos estão com muitos detalhes que caracterizam os próprios deficientes visuais.

Por fim, embora os resultados tenham sido obtidos em um grupo definido, observa-se que a utilização do Procedimento Desenho-estória pode ser eficiente para a investigação de características psicológicas em indivíduos com deficiência visual, a despeito de sua resistência inicial ou dificuldade em elaborar uma produção gráfica. Pela pertinência do tema e pela necessidade de instrumentos para avaliação desta

população específica, outros estudos com outras estratégias de avaliação são importantes.

Referências

- Abreu, F., Santos, C., Brandão, J., Jesus, L., Artur, M., Amancio, L., Moura, M., Bastos, P., Follador, R., & Matos, M. (2009). *Deficiência visual*. Recuperado em 09 de janeiro de 2013 de <http://www.overmundo.com.br/overblog/deficiencia-visual>.
- Amiralian, M. L. T. M. (1992). Compreendendo o cego através do procedimento de desenhos-estórias: uma abordagem psicanalítica da cegueira. *Boletim de Psicologia*, 42(96/97), 49-58.
- Amiralian, M. L. T. M. (1997a). *Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de Desenhos-Estórias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amiralian, M. L. T. M. (1997b). O psicólogo e a pessoa com deficiência. In: E. Becker et al. (Orgs.). *Deficiência: Alternativas de intervenção*. (pp. 31-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amiralian, M. L. T. M. (2003). A clínica do amadurecimento e o atendimento às pessoas com deficiências. *Natureza Humana*, 5(1), 205-219.
- Brasil, O. M. (1990). *Oftalmologia: vítreo-clínica e cirurgia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Coll, C., Marchesi, A. & Palacios, J. (Org.). (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação: Transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. (F. Murad, trad.; 2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- França-Freitas, M. L. P., & Gil, M. S. C. A. (2012). Interação social de crianças cegas e de crianças videntes na educação infantil. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16(2), 317-327.
- Gabrilli, M. (2007). *Manual de convivência – pessoas com deficiência e mobilidade reduzida*. Recuperado em 02 de junho de 2013 de http://www.vereadoramara gabrilli.com.br/files/manual_web.pdf.
- Gil, M. (Orgs.). (2000). *Deficiência Visual* (Caderno da TV Escola). Brasília: MEC - Secretaria de Educação à Distância. Recuperado em 09 de janeiro de 2013 de <http://www.slideshare.net/fatimafalciferreira/caderno-tv-escola-deficincia-visual>.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Kastrup, V. (2007). A invenção na ponta dos dedos: a reversão da atenção em pessoas com deficiência visual. *Psicologia em Revista*, 13(1), 69-90.

- Kastrup, V. (2008). O lado de dentro da experiência: atenção a si mesmo e produção de subjetividade numa oficina de cerâmica para pessoas com deficiência visual adquirida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(1), 186-199.
- Machado, M. C. R. (1993). *Deficiente visual na classe comum*. São Paulo: Secretaria de Estado da Educação/Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas.
- Maia, J. M. D., Del Prette, A., & Freitas, L. C. (2008). Habilidades sociais em pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). Recuperado em 10 de janeiro de 2013 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a05.pdf>.
- Moraes, M. O., Lima, L. F. F., & Mansoio, C. C. (2011). Variações sobre o ver e não ver: dois relatos de casos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(1), 101-110.
- Morgado, F. F. R., & Ferreira, M. E. C. (2010). Análise exploratória das escalas de silhuetas bidimensionais e tridimensionais adaptadas para pessoa com cegueira. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(1), 47-64.
- Nascimento, E., & Flores-Mendoza, C. E. (2007). WISC-III e WAIS-III na avaliação da inteligência de cegos. *Psicologia em Estudo*, 12(3), 627-633.
- Nuernberg, A. H. (2008). Contribuições de Vigotski para a educação de pessoas com deficiência visual. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 307-316.
- Rampazzo, L. (2011). *Metodologia científica*. (6ª ed.). São Paulo: Loyola.
- Santin, S., & Simmons, J. N. (1996). *Problemas das crianças portadoras de deficiência visual congênita na construção da realidade*. Recuperado em 09 de janeiro de 2013 de <http://www.ibc.gov.br/?itemid=95>.
- Souza, C. M. L., & Batista, C. G. (2008). Interação entre crianças com necessidades especiais em contexto lúdico: Possibilidades de Desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 383-391.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (1997) Análise e Interpretação. In: W. Trinca (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*. (pp. 115-156). São Paulo: Vetor Editora.
- Trinca, W., & Tardivo, L. S. L. P. C. (2002). Desenvolvimentos do procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In: J. A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico-V*. (pp. 428-438). Porto Alegre: Artmed.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: EPU.
- Vaisberg, T. M. J. A. & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando Desenhos-estórias com Temas: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: W. Trinca (Org.).

Procedimento de Desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimento e expansões (pp. 277-302). São Paulo: Vetor Editora.

Zanfelicci, T. O., & Oliveira, S. L. M. (2013). Ensino de testes psicológicos a alunos com deficiências sensoriais: expectativas e experiências. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 369-378.

Pesquisas com métodos projetivos com crianças e idosos no contexto brasileiro hoje: Contribuições do SAT, CAT e Teste do Desenho da Pessoa na Chuva

Profa. Dra. Leila de la Plata Cury Tardivo
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Resumo: Essa apresentação enfoca investigações com as técnicas Projetivas Temáticas: Técnica de Apercepção para Idosos (SAT), Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais e (CAT-A) e com Figuras Humanas (CAT-H) realizadas em co-autoria, as quais deram origem a manuais publicados, após aprovação do CFP⁶, ou em fase de avaliação⁷. Tanto o SAT como o CAT em suas duas versões foram desenvolvidos a partir do TAT, tendo como base a apercepção temática. O SAT apresenta estímulos menos ambíguo que prestam mais diretamente ao levantamento das atitudes do indivíduo em relação ao envelhecimento.. Foram realizados estudos sobre as respostas mais frequentes na população de idosos em geral, e estudos de validade, com dados de idosos deprimidos. Os resultados mostraram o sofrimento dessas pessoas, as maiores dificuldades em lidar com perdas e a necessidade de serem ouvidas. Foram realizadas pesquisas com o CAT, método projetivo que visa revelar a estrutura e aspectos dinâmicos; sendo avaliadas a fidedgnidade e a validade, com resultados expressivos, indicando o valor dos instrumentos. O Desenho da Pessoa na Chuva⁸, técnica projetiva gráfica, pouco usada em nosso meio, se baseia no Desenho da Figura Humana, sendo a chuva, símbolo de uma situação de tensão ou de hostilidade do meio, e o guarda-chuva, dos recursos defensivos. A técnica foi tema de investigações, sendo realizados estudos de fideginidade da forma de análise proposta. Também se estudou a validade a partir de comparações com distintos grupos clínicos, como crianças vitimizadas, diabéticas, adolescentes infratores e gestantes. Os dados mostraram que essa técnica é sensível às situações vividas, expresando como se estruturam as crianças e adolescentes pelas figuras humanas desenhadas e as dificuldades de enfrentamento que vivem. Essas técnicas a cujas pesquisas nos referimos, podem se constituir assim em recurso auxiliar na tarefa diagnóstica, nas diversas áreas de atuação do psicólogo

O CONCEITO DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA

Iniciando pelo conceito de apercepção temática, em Bellak (1966), encontra-se “uma interpretação significativa que um organismo faz de uma percepção” (p. 27). Kagan (1966) esclarece que esse consiste na integração de uma percepção com a experiência passada e com o estado psicológico atual do sujeito. Para o mesmo autor as “técnicas de apercepção temática” são as que exigem interpretação de pranchas ou de simples cenas, através de um relato.

Dessa forma, no ato de contar histórias estão presentes fatores para “estimular a imaginação, evocar e expor imagens simples, fantasias, interações e improvisações dramáticas”. Murray (1973, p. 16). O mesmo autor propõe que toda resposta ao teste evidencia uma interpretação pessoal e característica do sujeito que responde. Assim, haveria uma identificação por parte do sujeito com o personagem principal da história, e o conteúdo manifesto deveria ser analisado, buscando-se seus aspectos latentes, isto é,

⁶ Resolução CFP 002/2003

⁷ CAT -H

⁸ Em fase de elaboração do relatório para envio ao CFP

as determinações e motivações inconscientes deflagradas ao se dar a resposta, sendo este o trabalho da interpretação.

Rapaport (1971) considera que o caminho entre a percepção do estímulo e a resposta envolve, associações ao nível de processo primário e uma elaboração do processo secundário. Pede-se que o sujeito conte uma história onde entrarão os tempos passado, presente e futuro. Isto levaria, num primeiro momento, a associações com figuras que a prancha faz lembrar, memórias, imagens de pais, amigos, irmãos, figuras contemporâneas, desejos.

Para dar uma resposta ao teste projetivo, que mobiliza conteúdos inconscientes, é essencial que entrem em ação os aspectos da estruturação e integração do ego. Quanto menores forem os recursos do ego para lidar com esta situação, maior será o grau de distorção aperceptiva do estímulo, no TAT como no CAT A, CAT H e SAT. (Tardivo, 1998)

Ainda se pode acrescentar que toda a produção projetiva, nesse caso, a história, é uma criação que expressa o modo pessoal do sujeito estabelecer contato com a realidade interna e externa. (Grassano, 1996) Assim, a produção projetiva é produto de uma síntese pessoal. O sujeito toma contato com um objeto incompleto (nesse caso, as cenas das pranchas, ou instruções, ou ainda a folha em branco) e deve reconstruí-lo a partir de um intenso trabalho interno. A história elaborada pelo sujeito, é, assim, um novo objeto, uma criação pessoal. Dessa forma, entra em jogo a capacidade de recriação do sujeito, a qual se baseia nas capacidades reparadoras que o sujeito é capaz de desenvolver.

ESTUDOS DE VALIDADE CONCORRENTE COM O CAT-A e CAT-H

O CAT (“Children’s Apperception Test”) de Leopold & Sorel Bellak foi publicado em 1949 (Bellak, 1966); validado no Brasil por Miguel et al (2010)

Destina-se a crianças de 3 a 10 anos, para quem as pranchas do TAT são pouco mobilizantes, e em seu lugar são apresentadas cenas de animais, com as quais as crianças se identificam facilmente. É uma técnica projetiva aperceptiva, a qual é considerada por Anzieu (1979, p. 157), como a mais eficaz e mais empregada entre as derivadas do TAT, podendo fornecer “os mesmos esclarecimentos que o TAT, sobre as identificações, conflitos, angústia, mecanismos de defesa, interação dos papéis familiares e ainda sobre o nível de maturidade afetiva, especialmente sobre o desenvolvimento do superego”.

A respeito da fundamentação teórica do CAT-A, Bellak (1966) p. 67 a 69, relaciona três proposições básicas:

A primeira implica a “hipótese projetiva básica: quando se apresenta uma situação com certo grau de liberdade, a pessoa não só proporciona informação destinada a satisfazer o que é requerido pela tarefa, mas que ao fazê-lo nos dá informação também a partir da qual podemos fazer deduções relativas a sua organização única da personalidade, incluindo, como é natural, os traços tanto adaptativos, como defensivos”. A percepção é uma função da personalidade total, a qual pode ser compreendida principalmente quando o que é solicitado é um relato, onde entram mais variáveis individuais, do que quando se solicita uma descrição objetiva. Outro aspecto a se considerar diz respeito à abordagem teórica do psicólogo, ou seja, as deduções que são feitas, dependem, em grande parte dessa teoria adotada. Essa se aplica também ao CAT H e ao SAT

Na segunda proposição é discutida a seleção de pranchas que compõem o teste, que decorre do marco de referência utilizado pelo autor do teste. As cenas foram escolhidas partindo de idéias pré-concebidas sobre problemas, situações e papéis que eram bastante significativos no caso de crianças. Ao se utilizar estas situações se supôs que era possível apreender dados sobre “o contexto das preocupações, as dificuldades, os sonhos diurnos e a imagem corporal ou de si mesmo da criança; sua escolha de identificação (de figuras e atividades), seus recursos no manejo, e o funcionamento defensivo e adaptativo”. O referencial teórico, neste caso, é o psicanalítico, e as situações escolhidas referem-se a pontos importantes do desenvolvimento infantil, como as fases oral, anal, fálica, complexo edipiano, reações diante da cena primária, etc

A terceira proposição diz respeito à escolha de figuras de animais, sendo que esses têm um importante papel nas fantasias e nas angústias infantis; como amigos das crianças nas histórias e mesmo na realidade, a nível consciente; e se observa que o caráter primitivo dos impulsos animais contribui para aumentar a proximidade simbólica com as crianças, a nível inconsciente, para o CAT-A.

Tardivo e Moraes (2016) escrevem que evidências indicaram que algumas crianças respondiam melhor a figuras de animais e outras a figuras humanas⁹. Bellak e Bellak (1965) desenvolveram a versão do CAT com figuras humanas, considerando que seria mais adequada para crianças mais velhas e de QI mais alto. Bellak e Hurvich

⁹ O CAT –H foi tema de pesquisa realizada por Adele Miguel, Leila Tardivo, Maria Cecilia Moraes e Silesia Tosi, dando origem a manual que está em avaliação junto ao Conselho Federal de Psicologia

(2005) destacam que o CAT-A deve ser considerado como primeira opção na prática clínica, mas para crianças na faixa de 7 anos ou mais, particularmente quando a idade mental for muito superior à idade cronológica. Tais considerações indicam ser o CAT-H uma boa transição entre o CAT-A e o TAT.

Tanto para as investigações com o CAT-A como com o CAT-H foi proposto um esquema de análise baseado no original de Bellak, com contribuições de Tardivo (1998); composto pelos itens: Auto-imagem - características do herói; Relações objetais; Concepção do ambiente; Necessidades e conflitos; Ansiedades; Defesas; Superego ; Integração do ego. Foram atribuídos pontos de acordo com a qualidade dos itens, para poder ser feito o estudo estatístico da análise de conteúdo; em distintos estudos

Como uma ilustração das investigações que comprovaram a validade convergente do CAT-A, insere-se o resumo do estudo com crianças com distúrbios de conduta, sendo esse diagnóstico dado pela equipe responsável de serviços que encaminharam as crianças para a pesquisa¹⁰, cujo objetivo foi coletar evidências de validade de critério (concorrente) do teste. Esse estudo foi feito a partir da comparação das médias total de pontos da análise de conteúdo, entre crianças com essa manifestação e crianças que compuseram o grupo controle, da população escolar sem suspeita de terem essas dificuldades) a partir da proposta de interpretação dos aspectos gerais da personalidade. (Miguel, Tardivo, Moraes & Tosi, 2010).

A amostra foi constituída por 50 crianças, sendo que 16 (32,0%) eram do sexo feminino e 34 (68,0%) do masculino¹¹. As crianças foram divididas em dois grupos: clínico e controle. O grupo clínico (crianças com diagnóstico externo de distúrbio de conduta) representa 50,0% da amostra e os outros 50,0% representam o grupo controle (crianças que não apresentam distúrbio de conduta). A análise realizada às cegas quanto a que grupo pertencia a criança indicou como principais resultados: as crianças com distúrbio de conduta apresentaram importantes prejuízos, denotando angústias paranoides, defesas inadequadas, muitas vezes primitivas, o que leva a desfechos negativos das histórias, nas quais predominam aspectos sádicos, muitas brigas e mortes.

¹⁰ As crianças foram diagnosticadas em serviços especializados em equipamentos de saúde mental do Estado de São Paulo, em função das características apresentadas pelas mesmas

¹¹ Parte dos sujeitos dessa pesquisa, foram avaliados pela psicóloga Ana Angelica Roncolato, provenientes do Ambulatório de Socialização do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, para a elaboração da Dissertação de Mestrado: Roncolato, A. A. *Psicodiagnóstico Compreensivo De Crianças Com Distúrbios De Conduta: Aspectos Psicodinâmicos*. Dissertação de mestrado (IPUSP) São Paulo, 2010; sob a orientação da Leila S P Cury Tardivo (Miguel et al,2010)

Também são presentes sinais de carência e inadequação, com fortes sensações de desproteção, indicadas na variável *Integração de ego*, predominantemente negativa. Essas crianças demonstraram ainda dificuldades em conciliar as demandas superegóicas com os impulsos e as exigências da realidade. Estão presentes defesas maníacas, e o déficit fundamental está centrado na falta de sentido de realidade. Os controles egóicos são fracos, têm incapacidade para tolerar sentimentos de culpa, frustrações e privação. Quase sempre nas histórias a criança é superior ao adulto, e o adulto também engana a criança. Os finais das histórias respondem a tentativas precárias de controle, que referem a necessidade de aplacar o objeto perseguidor e evitar castigos; faltam elaborações baseadas em sentimentos depressivos ante os objetos. O estudo demonstrou a necessidade de que o diagnóstico de distúrbios de conduta abranja aspectos além dos sinais e sintomas; e o CAT-A demonstrou ser instrumento útil para conhecer a dinâmica de crianças com esse distúrbio, se concluindo pela validade concorrente do CAT-A. por diferenciar crianças que apresentam distúrbio de conduta daquelas que não apresentam. (Miguel et al, 2010)

Como exemplo de estudo de validade concorrente com o CAT H se resume um estudo com crianças vítimas de violência doméstica onde foi empregada a análise de conteúdo (com o mesmo referencial de análise) com 50 crianças de 7 a 11 anos e 11 meses com essa condição comprovada em comparação com 50 crianças de grupo controle, sem suspeita de viverem a experiência da vitimização. Como resultados, as crianças vítimas de violência denotam *Auto-imagem* e *Relações objetais* negativas; não conseguem desenvolver uma visão de si com aspectos de crescimento e sentem as relações que estabelecem como carregadas de negligência, abandono e hostilidade, confirmando pesquisas de validação do CAT-A em nosso meio (Miguel et al., 2010), e (Tardivo et al., 2011, 2012). São essas crianças as que apresentam mais sentimentos de insegurança e inadequação. As ansiedades são mais fortes e avassaladoras e as defesas ou são ineficazes ou inexistentes. Vivem o abandono, não sentem apoio, são reforçados os sentimentos de incompetência para realização, e não são capazes de dar desenlaces adequados, denotando, assim, mais uma vez, auto-estima rebaixada e dificuldades na integração do ego. Os desenlaces são trágicos ou sem solução para os problemas. Reforçou-se, nesta pesquisa, a expressão de um sentimento de impotência e o superego é inexistente ou ameaçador e punitivo. Confirmam-se as severas dificuldades de desenvolvimento de crianças vítimas de violência doméstica e os efeitos avassaladores e dessa experiência que o CAT-H evidenciou de forma contundente. O CAT-H

diferenciou as crianças que sofreram violência doméstica das que não sofreram violência, o que constitui forte evidência de validade concorrente ou de critério nessa técnica.

TÉCNICA DE APERCEPÇÃO PARA IDOSOS (SENIOR APPERCEPTION TECHNIQUE) SAT

A Técnica de Apercepção para Idosos (*Senior Apperception Technique, SAT*)¹² tem como objetivo investigar problemas específicos do envelhecimento e as atitudes e preocupações das pessoas idosas em relação ao envelhecimento. O SAT foi criado em 1973 por Leopold e Sonya Bellak, os mesmos autores do CAT, inspirado no Teste de Apercepção Temática (TAT) de Henry Murray.

Idoso é caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para os países em desenvolvimento, como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Para países considerados desenvolvidos, estabeleceu-se considerar idosa a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos. Tem se observado que o envelhecimento populacional intensificou-se, principalmente ao longo do século XX, em todos os países; e a Psicologia passou a focar o estudo do idoso de forma distinta do que vinha fazendo até então.

Nesse sentido, são necessários estudos mais abrangentes a respeito da vida dessa parcela da população, de forma a compreendê-los e às suas manifestações. Estudos e pesquisas com essa população e o desenvolvimento de instrumentos para uma melhor compreensão e que possam embasar propostas de trabalhos junto a essas pessoas, tem, assim, um forte apelo social. Por outro lado, as figuras do SAT foram criadas para investigar os pensamentos, as atitudes e os sentimentos de pessoas idosas, particularmente em relação às questões mais centrais do envelhecimento. Os estímulos sugerem explicitamente temas como solidão, problemas de saúde, sentimentos de inutilidade ou impotência, baixa auto-estima. Mas sugerem também situações que se prestam à projeção de sentimentos mais positivos, como a alegria da convivência com os netos e os prazeres das interações sociais em jogos ou festas. Particular cuidado foi tomado para evitar atmosferas excessivamente tristes que desestimulassem a produção dos participantes. Embora sugiram temas centrais da terceira idade, os cartões do SAT

¹² Publicado originalmente em 1973 por L. Bellak e D. M. Abrams. Edição revisada publicada em 1998, com a colaboração de Violet Larmont e Marina Livshits.

são suficientemente ambíguos para permitir interpretações individuais diversas, e procuram apresentar situações de diferentes grupos étnicos e socioeconômicos.

Em sua primeira versão, os estímulos tinham um estilo simples, com figuras com poucos detalhes; essas foram alteradas nessa última revisão. O conjunto completo do SAT tem 17 cartões e apresenta situações interpessoais diversas, com personagens de diferentes idades e pelo menos um idoso. Recomenda-se a seleção de um conjunto básico de 8 a 10 estímulos, especialmente para casos em que o indivíduo se cansa com facilidade ou parece ter um período de atenção limitado. Bellak e Abrams (1998) recomendam a administração deste conjunto, a todos os indivíduos, nesta ordem: *cartões 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10 e 12*.

O SAT foi adaptado no Brasil por Tardivo.; Miguel; Silva & Tosi (2013); tendo sido feitos estudos que visaram avaliar validação concorrente enfocando a depressão em idosos.

A depressão é considerada, atualmente, uma questão de saúde pública, tanto no nosso país, quanto em uma perspectiva mundial. Segundo Fleck, Chachamovich, Trentini & Projeto (2003), a depressão foi considerada a quarta causa específica de incapacitação no mundo na década de 90 e há a previsão de que em 2020 será a segunda causa, em países desenvolvidos, e a primeira em países em desenvolvimento. A prevalência em países ocidentais, na população geral, varia entre 3 a 11% e, em pacientes internados por condições médicas específicas, este número aumenta de 22% para 33%.

A alta incidência do diagnóstico de depressão na velhice e as suas consequências, tanto no âmbito individual como no social, tem sido um tema recorrente na literatura. Diversos estudos apontam para o fato de que a depressão e a demência são os diagnósticos mais freqüentemente encontrados nos serviços de Psiquiatria destinados ao atendimento da população idosa (Laks,1998).

Para verificar a validade concorrente do SAT quanto ao diagnóstico da depressão, os dados foram analisados de duas maneiras: 1) análise por conteúdo e 2) avaliação do tônus emocional das narrativas (Eron, Terry & Callahan (1950) e adotada por Silva (1983). A análise foi realizada às cegas pela pesquisadora responsável, no que diz respeito à presença ou ausência de depressão.

Para a análise do conteúdo foi feita uma adaptação do modelo utilizado por Nancy Altobello (apud Bellak & Abrams, 1997). As narrativas foram classificadas de acordo com as seguintes categorias: Esperança (com quatro subcategorias: Bem-estar:

Autonomia;Relações familiares significativas;Interesse por outras pessoas: valorizar amigos, contato com outras pessoas); Desespero (com cinco subcategorias: Morte;Doença física;Isolamento;Doença mental;Impotência) e Desenlace(com seis subcategorias:Positivo, por ação própria; Negativo, por ação própria;Positivo, por ação de outros;Negativo, por ação de outros; Em aberto; Irrealista).

Como resultados foram obtidos: o grupo controle foi superior à do grupo clínico nas categorias Esperança, subcategoria “Relações familiares significativas”, e Desenlace, subcategorias “Positivo por ação própria” e “Positivo por ação dos outros”; já a média do grupo clínico foi superior à do controle nas categorias Desespero, subcategoria “Doença mental”, e Desenlace, subcategorias “Negativo por ação própria” e “Irrealista”. Ou seja, são muito relevantes no diagnóstico diferencial da presença de depressão em idosos. Os participantes sem essa condição clínica obtiveram nota mais elevada nos itens relativos a uma melhor qualidade nas relações. Os estudos com deprimidos apontam para sentimentos de rejeição, abandono e perdas nesse grupo. (Barbosa Filho, 2007; Tardivo, 2008). Sentimentos de fracasso, perdas, infelicidade e abandono predominam entre participantes com depressão. Dessa forma, encontraram-se evidências de validade concorrente com o SAT.

O TESTE DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA

O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, como o Teste do Desenho da Figura Humana é uma técnica gráfica, ou seja se constitui de desenhos projetivos expressam necessidades pessoais, na medida em que, o homem tende ver o mundo segundo a própria imagem. (Hammer,1991). As técnicas projetivas gráficas e gestuais (jogos de dramatização, mímicas), também são denominadas técnicas expressivas, e empregam apenas instruções verbais para estimular a expressão gestual ou escrita.

O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva (Querol & Paz, 1997) é uma técnica simples, que pode ser administrada individual ou coletivamente em crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos. O material necessário para aplicação é lápis grafite, borracha e folha de papel sem pauta que deve ser entregue ao sujeito na posição vertical com a seguinte instrução: “Desenhe uma Pessoa na Chuva.” De acordo com as autoras (idem), a interpretação do Teste da Pessoa na Chuva baseia-se nos mesmos princípios de interpretação da Figura Humana de Machover em relação aos elementos expressivos (dimensão, localização, traços, pressão, tempo e sequência de execução,

movimento, sombreado) e ao conteúdo (posição da figura humana, postura, borraduras, linhas, detalhes acessórios e sua localização, vestimenta, guarda-chuva ou substitutos, partes do corpo humano e identidade sexual). Chuva e guarda-chuva são, portanto, os elementos adicionais no desenho da figura humana: a chuva simboliza uma situação de tensão ou de hostilidade do meio, contra a qual o indivíduo precisa se proteger, e o guarda-chuva os recursos defensivos do indivíduo.

Agosta; Balarini & Colombo (2000), apresentaram índices diagnósticos relacionados à vitimização doméstica no teste e constituem a motivação necessária para a realização de uma pesquisa em nosso meio com o referido instrumento, que tem como objetivo principal realizar um estudo de validação e padronização do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva em crianças brasileiras. Participaram da pesquisa um total de 1254 crianças de ambos os sexos, de 6 a 16 anos de idade, distribuídas em diversas regiões do Brasil. Assim participaram da pesquisa 661 crianças e adolescentes com confirmação de serem vítimas de violência doméstica, e 593 das mesmas regiões, sem suspeita de vitimização.

Dessa forma, no Estado de São Paulo, participaram 638 do grupo total, sendo crianças 348 do grupo clínico e 290 do grupo controle (da capital, ABC, Sorocaba, São Jose dos Campos, São José do Rio Preto, Guaratinguetá, Taubaté e Caraguatatuba). A pesquisa também abrangeu distintas regiões do Brasil: sendo 60 crianças do Estado do Rio de Janeiro (30 de cada grupo); 60 do Rio Grande do Sul (30 sujeitos de cada um dos grupos); 60 de Sergipe (Aracaju); 70 participantes do Ceará (Fortaleza), sendo 30 do grupo controle e 40 do grupo clínico; 54 do Estado do Maranhão (São Luiz) sendo 30 controles e 24 do grupo clínico; 70 participantes de Mato Grosso (Cuiabá), sendo 32 do grupo controle e 38 do grupo clínico; 100 participantes de Mato Grosso do Sul (Dourados) com 50 participantes em cada grupo; 54 participantes do Estado do Acre (Rio Branco), 25 do grupo controle e 29 do grupo clínico, e 88 do Amazonas (Manaus), sendo 46 do grupo controle e 42 do clínico. Foram seguidos todos os procedimentos éticos, tendo sido obtida a aprovação de Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, com os Termos de Consentimento assinados por Diretores, Coordenadores de Instituições e escolas; e dos responsáveis pela criança.

A coleta dos dados, em aplicações individuais, foi realizada em instituições e escolas por psicólogos previamente treinados e capacitados. Os instrumentos utilizados foram: O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva (objeto principal do estudo) e o Inventário de Frases na Identificação da Violência Doméstica (Tardivo & Pinto Junior,

2010. Os objetivos do estudo foram o de apresentar dados dessa Técnica projetiva gráfica em diversas regiões do Brasil. Contamos com a participação de uma equipe composta por psicólogos, estudantes de Pós-Graduação e professores doutores, além de colaboradores de instituições que se dedicam ao cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, e de escolas públicas.

A análise dos resultados foi realizada a partir da categorização e classificação das respostas de cada um dos desenhos. Assim, para análise foram criadas folhas de avaliação, onde os critérios de presença (1) e ausência (0) foram preenchidos pelos juízes. Foram avaliados recursos formais e de Conteúdo, para o desenho da Figura Humana e detalhes da chuva. Esses dados foram submetidos a tratamento estatístico para realização dos estudos normativos, de precisão (fidedignidade) e validade. Foram sorteados 100 desenhos para avaliação independentemente e às cegas, por três juízes (a pesquisadora e mais dois colaboradores da equipe), visando avaliar a precisão entre juízes (a partir de índices de correlação). Essa correlação foi muito boa, tendo sido obtidos índices bem elevados.

Para comprovação da validade concorrente foram feitas diversas comparações entre os dois grupos: de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, e de participantes para os quais não há suspeita de sofrerem essa condição. Foram encontradas muitas características diferentes entre os dois grupos no Desenho da Pessoa na Chuva, coincidindo com estudos da literatura, como o Wench & Rait (2003), que encontraram nos desenhos de figuras humanas de crianças vítimas de violência física, ausência dos pés, cabeça grande, assimetria acentuada dos membros (desproporção). E entre as crianças vítimas de abuso sexual: presença de nuvens, olhos pequenos e sombreamento de diversas partes da figura humana. Tais resultados também foram encontrados na investigação nessa apresentação resumida (Tardivo, 2013).

No estudo realizado por Tardivo (2013) os desenhos das figuras humanas de crianças vitimizadas denotaram desproporções, cabeças deterioradas, falta de mãos e pés, imaturidade das figuras, mais figuras palitos, menos elementos do entorno; presença de chuva, chuva setorial, ausência de guarda chuva. Essas características evidenciam as dificuldades emocionais que essas crianças e adolescentes enfrentam.

Nessa investigação, concluiu-se pela validade relativa a um critério, concorrente, ou simultânea, segundo Bunchaft e Cavas (2002) da Técnica Gráfica do Desenho da Pessoa na Chuva.

Outras pesquisas foram desenvolvidas com o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva enfocando adolescentes que cometeram o ato infanticida (Moraes, Almeida, Fragoso, Kwabara, Deconti, & Tardivo, 2014); com adolescentes grávidas (Ferreira, Miura, Tardivo, & Barrientos, 2014), com crianças e adolescentes diabéticos (Vargas, Tardivo, Mesquita, Vieira, & Vaz, 2014).

Por esse estudo e outros resumidos na presente apresentação, espera-se ter trazido contribuição científica relevante na área da avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica em nosso país. Foi possível destacar a necessidade de se estudar e se abranger nas pesquisas e nos projetos crianças e adolescentes de todo o país. E ainda com essas investigações buscamos abrir um espaço para que se possa discutir e se unam esforços na tarefa de identificar, conhecer e compreender essa realidade, embasando medidas preventivas e interventivas.

Referências

- Agosta, C.B.; Balarini, Z.; & Colombo, R.I. (2005). *Abuso y Maltrato infantil Inventario de Frases revisado (IFR)*, Buenos Aires, Cauquen Exdтора.
- Anzieu, D. (1979)- *Os Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro, Campos
- Barboza Filho, J. C. (jan./jun. 2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 31 (1).
- Bellak, L. (1966) El Test de Apercepción Infantil (CAT). In Rabin, A.I. & Haworth, M. R., *Técnicas Proyectivas para Niños*. Buenos Aires, Paidós.
- Bellak, L. & Abrams, D. M. (1998) *Manual for the Senior Apperception Technique (S.A.T.)*. Larchmont, NY: CPS.
- Bunchaft, G; & Cavas, C.S.T. (2002). *Sob Medida: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações*. São Paulo: Vetor Editora.
- Eron, L. D., Terry, D. & Callahan, R. (1950). The use of rating scales for emotional tone of TAT stories. *Journal of Consulting Psychology*, (14), 473-478.
- Ferreira, L. S. ; Miura, P. O. ; Tardivo, L. S. L. P. C. & Barrientos, D. S. . (2014) O Desenho da Pessoa na Chuva em adolescentes gestantes. In: *Anais da XII Jornada APOIAR A - Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções* . São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, p. 301-309.
- Fleck, M. P A ; Chachamovich, E E, Trentini & Projeto, C. M. , WHOQOL-Old: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, dez. 2003, 37 (6), 793-799.

- Grassano, E. (1996). *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Hammer, E.F. (1991) *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kagan, J. (1966) *Técnicas de Apercepción Temática Aplicadas a niños*. Buenos Aires: Paidós
- Laks, J. (1998) Depressão tardia, demência e pseudodemência. *Revista Brasileira de Neurologia*, 34, 105-111.
- Miguel, A.; Tardivo, L. C.; Silva, M. C. V. M.; Tosi, S. M. V. (2010) *CAT-A: Teste de apercepção infantil: figuras de animais: adaptado à população brasileira*. São Paulo: Vetor.
- Moraes, C. M. ; Almeida, C. S. ; Fragoso, F. V. ; Kwabara, L. P. C. ; Deconti Junior, R. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2014). Análise do Desenho da Pessoa na Chuva produzido por adolescentes infratores. In *Anais da XII Jornada APOIAR - A Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções*, São Paulo: Instituto de Psicologia da USP v. 1. p. 389- 397.
- Murray, H. A. (1973) *Teste de Apercepção Temática*, São Paulo: Mestre Jou.
- Querol, S.M.; Paz, M.I. (1997) . *Adaptación y aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires: JVE/ Psiqué.
- Rapaport, D. (1971) - *Testes de Diagnóstico Psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Silva, M. C. V. M. (1983). *Características de época dos estímulos e sua influência nas respostas ao TAT*. Dissertação de Mestrado. Programa de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Tardivo, L.S.P.C (1998) *Teste de Apercepção Infantil com figuras de animais (CAT-A) e teste das Fábulas de Düss: estudos normativos e aplicações no contexto das técnicas projetivas*. São Paulo, Vetor.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste projetivo - SAT. *Psicologia Saúde & Doenças*, 9.
- Tardivo, L. S. L. P. C.; Pinto Junior, A.A. (2010). *Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. 1. ed. São Paulo: Vetor Editora PsicoPedagógica Ltda.188p.
- Tardivo, L. S. L. P. C.; Pinto Junior, A. A. (2012). El test de apercepción temática infantil con figuras de animales en la evaluación psicológica de niños victimas de malos tratos en el hogar. *Psicodiagnosticar*, 22, 13-28.

- Tardivo, L. S. L. P. C.; Miguel, A.; Tosi, S. M. D.; Silva, M. C. V. M.; Pinto Junior, A. A.; Esteves, C. et al (2011). Teste de apercepção infantil (CAT-A): forma animal: estudo de validade com crianças vítimas de violência doméstica. In *V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica – Avaliação psicológica: avanços e desafios* (vol. 1). Bento Gonçalves, RS : Editora Sul.
- Tardivo, L.S.P.C; Miguel, A. M., Silva, M.C. M. & Tosi, S.M. (2013) *SAT Adaptação à População Brasileira*, São Paulo, Vetor. v.1
- Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: Wiley.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2012). *O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva: estudos de validação em crianças vítimas de violência doméstica no contexto brasileiro*. (Relatório Técnico-Científico). São Paulo
- Tardivo, L. S. L. P. C.. (2013) O Inventário de Frases na Identificação da Violência Doméstica e o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva em São Paulo. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica & IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. v. 1.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Moraes, M. C. V. (2016) The Personality of Juvenile Offenders: Psychodynamic Aspects in Children? Apperception Test ? Human Figures. *International Journal of Psychological and Brain Sciences*, v. 1, p. 9-12, 2016
- Vargas, V. M. ; Tardivo, L. S. L. P. C. ; Mesquita, M. ; Vieira, I. & Vaz, C. (2014) O Desenho da Pessoa na Chuva em pacientes com diabetes mellitus Tipo I. In: *Anais da XII Jornada APOIAR – A Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções*. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, v. 1. P.376-388
- Wench, L.S. & Rait, D. (2003). Desenhos do H-T-P de Crianças Abusadas. In J.N. Buck. *H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. (pp. 138-141). São Paulo: Vetor.

Procedimento Desenho da Família com Estórias e Psicodiagnóstico Interventivo: Fortalecendo relações familiares

*Martha Franco Diniz Hueb*¹³
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

O começo de todo conhecimento é a surpresa, e aquele que o busca só descansa, quando houver achado.

Carlos Nejar, Carta aos loucos, 1998.

Resumo: O objetivo do presente estudo foi verificar em Registros Documentais de Psicodiagnóstico Interventivo de um Serviço-Escola, a utilização do Procedimento do Desenho da Família com Estórias (DF-E) como facilitador do acesso a angústias de crianças em atendimento clínico. Evidenciam-se na atualidade diferentes configurações familiares, a interferir na constituição psicológica dos indivíduos assim como nos vínculos estabelecidos entre seus membros. Neste contexto o Psicodiagnóstico Interventivo visa fornecer elementos para desvelar o significado das manifestações psíquicas, utilizando-se de técnicas sustentadas na projeção, dentre elas o DF-E. Este, uma prática clínica de investigação de personalidade, objetiva apreender a natureza dos objetos internos, em particular das imagens maternas, paternas e fraternas dos indivíduos, focando especialmente na qualidade dos vínculos estabelecidos entre eles. Ao proceder-se uma busca nos arquivos do Serviço-Escola localizou-se 61 Registros Documentais na abordagem de Psicodiagnóstico Interventivo supervisionados pela autora entre os anos de 2012 e 2015, sendo que em 39 desses, utilizou-se da referida técnica. Embora diferentes queixas fossem apresentadas na entrevista inicial realizada com os responsáveis, quando da busca pela intervenção com crianças na faixa etária entre seis e 12 anos de idade, essas foram associadas a dificuldades na dinâmica familiar, o que levou a optar pela aplicação do DF-E. Após uma minuciosa análise vertical e horizontal desses Registros Documentais, constatou-se que o DF-E facilitou o acesso imediato do estagiário a emoções que surgiam sem controle e compreensão para os pacientes, podendo acolher, compreender, intervir e aliviar angústias cumprindo com o objetivo do Processo Psicodiagnóstico Interventivo. Sessões de *follow up*, realizadas um mês após finalizado o processo com 23 dos referidos pacientes, apontou o sucesso da intervenção com a citada técnica. Destaca-se a relevância do DF-E, principalmente em um Serviço-Escola, no qual em sua maioria, apresenta grande demanda de pessoas que necessitam de intervenções breves e urgentes.

Palavras-chave: *Psicodiagnóstico Interventivo, Desenho Estória, Família.*

Introdução

Apesar de estudos de ordem psicológica já estivessem presentes no Brasil desde o final do século XIX é somente com a promulgação da Lei nº 4.119, de 27/08/1962, que a formação em Psicologia inicia-se legalmente no Brasil. Além de regulamentar a profissão, a citada lei dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia propondo estágios supervisionados como práticas obrigatórias para a graduação (Brasil, 1962).

Buscando contemplar a aproximação da teoria com a prática, aspectos indissociáveis dentro da formação acadêmica, os Estágios Supervisionados Específicos, são em geral oferecidos nos dois últimos anos da graduação. Tais práticas visam ao

¹³ Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Doutora em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e Mestre em Psicologia Clínica, ênfase em Psicanálise, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-USP).

aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, tendo como objetivo preparar o acadêmico para o exercício da cidadania e do trabalho (Brasil, 2008).

A depender do projeto pedagógico do curso, os Estágios Supervisionados Específicos, podem ser oferecidos em diferentes formatos e abordagens explorando a assunção de diversas competências relacionadas à futura prática do psicólogo, sendo a clínica uma especificidade bastante difundida nos vários cursos de Psicologia.

A atuação do aluno na clínica ocorre na maioria das vezes dentro do Serviço-Escola, o qual possibilita a vivência do atendimento psicológico concomitante aos espaços de formação, como supervisão e aulas de avaliação psicológica. Além de oferecer o contato com a prática durante a formação, os Serviços-Escolas têm a importante função de levar atendimento especializado à população menos favorecida, como ressaltam Coelho, Peres e Oliveira (2005) apontando que esse serviço atua como uma via de mão-dupla, exercendo papel social para a comunidade e contribuindo para a formação profissional do estudante.

Uma das modalidades que podem ser oferecidas no Serviço-Escola é o Psicodiagnóstico Interventivo, aquele que se configura como um processo de investigação diagnóstica, e que simultaneamente faz intervenções sobre o material observado. Ao possibilitar a expressão dos conflitos da criança e de sua família, bem como a oferta de um suporte emocional que proporciona acolhimento e auxílio por meio das intervenções e interpretações do psicólogo e ou estagiário, pode ser gerador de mudanças (Barbieri, 2010; Greinert, Milani & Tomael, 2014; Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2015).

Tal modalidade pode se ancorar no uso ou não de instrumentos de medida psicológica, em especial aqueles que utilizam da projeção. Entretanto estudos apontam que a utilização de técnicas projetivas durante o processo de Psicodiagnóstico Interventivo, possibilita grandes vantagens na investigação clínica. Alves, Barbieri e Jacquemim (2004) ressaltam que essa prática proporciona maior segurança diagnóstica, possibilitando uma análise mais objetiva e precisa em relação à natureza e profundidade das mudanças acarretadas na personalidade dos pacientes.

Importante ressaltar que Winnicott (1984) foi o percussor desse modelo de avaliação/ intervenção, o qual denominou de “Consultas Terapêuticas”, técnica flexível, que acompanha as necessidades e demandas do paciente e sua família e que, em especial, facilita a comunicação da criança, utilizando-se de interpretações quando o

paciente estiver receptivo. Para viabilizar melhor a comunicação do paciente, Winnicott utilizava do “Jogo do Rabisco”, brincadeira gráfica que propunha para a criança, em que, após rasgar folhas de papel ao meio, fazia um risco nelas e oferecia para a criança completá-lo com algum desenho, incentivando-a a fazer o mesmo. As Consultas Terapêuticas de Winnicott eram uma forma de trabalho que atendia as necessidades sociais da época (Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2015).

Atualmente, outra modalidade muito utilizada em nosso meio para intermediar a comunicação entre paciente e psicólogo/estagiário são os Procedimentos Desenhos-Estórias de Trinca (2003). Inicialmente Trinca (2013) concebeu o Desenho-Estória (D-E) que consiste em cinco unidades de produção, sendo cada qual composta por desenho livre, estória, “inquérito” e título. O paciente realiza o primeiro desenho livre e conta uma estória a partir dele. O investigador procede a um inquérito de forma a esclarecer possíveis dúvidas e solicita um título. “A aplicação requer a repetição dos mesmos procedimentos em relação às demais unidades de produção. A ordem sequencial formada pelo desenho livre, estória, ‘inquérito’ e título, não se modifica até que em condições normais se obtenham cinco unidades”(p.14). Em sua forma tradicional o D-E diz respeito ao diagnóstico psicológico individual e corresponde ao encontro bipessoal entre examinador-examinando, permitindo o aprofundamento na sua vida psíquica.

Derivado do D-E, Trinca concebeu o Procedimento de Desenhos da Família com Estórias (DF-E). Técnica individual de investigação da personalidade, o DF-E permite compreender e apreender a natureza dos objetos internos, em particular das imagens maternas, paternas e fraternas dos indivíduos, focando especialmente na qualidade dos vínculos estabelecidos entre eles. Consiste em uma série de quatro desenhos de família, segundo consignas determinadas: desenhe uma família qualquer, desenhe uma família ideal, desenhe uma família que alguém não esta bem e por fim, desenhe sua própria família. O paciente faz livremente o primeiro desenho, verbaliza uma estória a partir dele, responde ao inquérito do avaliador e dá um título à produção. Repete os mesmos procedimentos em relação às demais unidades de produção, de acordo com as outras três consignas, totalizando as quatro unidades.

Pode ser aplicado a indivíduos de ambos os sexos e qualquer idade cronológica em que seja possível a aplicação, de qualquer nível mental, socioeconômico e cultural. Sugere-se que seja administrado logo nos primeiros contatos com o paciente, uma vez

que se trata de ocasião mais favorável à mobilização de conflitos e dificuldades emocionais (Trinca, 2013).

Tanto o D-E quanto o DF-E, se destacam de outros procedimentos clínicos e não-clínicos pela extrema flexibilidade de acesso a conteúdos mentais profundos. Por não se tratar de um teste psicológico, e sim um procedimento auxiliar a captação de emoções e conflitos básicos do paciente, não se restringe às limitações impostas pelos critérios avaliativos dados aprioristicamente. A liberdade concedida pelo espaço em branco da folha de papel, a presença receptiva do psicólogo, a continência emocional oferecida, a possibilidade do estabelecimento da comunicação simbólica, a linguagem simples e direta, o uso de construções verbais e metafóricas, que por sua vez se apoiam em metáforas de imagens, permitem descortinar o espaço interior do paciente em avaliação interventiva. Dessa forma tal procedimento tem se prestado a enfrentar inúmeros desafios, auxiliando de várias maneiras o psicólogo em situações que podem se mostrar de difícil solução (Trapé Trinca, 2013).

Importante destacar que a compreensão da proposta do D-E e do DF-E numa concepção winnicottiana, aponta que a participação do avaliador e do paciente se assemelham ao brincar e ao jogar. Neste sentido, o desenho pode ser visto como uma ação do paciente e o inquérito como um momento de troca. Vislumbra-se que o procedimento nesta concepção trata-se de um valioso instrumento para a identificação de fraturas no *self* do indivíduo, e da identificação do que ele necessita para reviver experiências passadas que foram traumáticas (Amiralian, 2013). O objetivo do presente estudo foi verificar em Registros Documentais de Psicodiagnóstico Interventivo supervisionados pela autora em um Serviço-Escola, a utilização do Procedimento do Desenho da Família com Estórias (DF-E) como facilitador do acesso a angústias de crianças em atendimento clínico.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo documental a partir de registros de pacientes atendidos no Estágio Supervisionado Específico dentro da abordagem de Psicodiagnóstico Interventivo arquivados em um Serviço-Escola de uma universidade do interior de Minas Gerais. Foram incluídos somente os casos acompanhados pela autora no período compreendido entre 2012 e 2015 que utilizaram do DF-E com o objetivo de apreender a natureza dos objetos internos, em particular das imagos maternas, paternas e fraternas

de crianças entre seis e doze anos de idade. O limite inferior relativo ao ano de 2012 se justifica em função de ser quando se deu a oferta do Estágio para o oitavo período da primeira turma de Psicologia ingressante na universidade em 2008, quando autorizado o funcionamento do curso de Graduação de Psicólogos.

Localizou-se 61 Registros Documentais de Psicodiagnóstico Interventivo, sendo que apenas 39 desses, utilizaram da referida técnica. Embora diferentes queixas fossem apresentadas na entrevista inicial realizada com os responsáveis, quando da busca pela intervenção com crianças na faixa etária entre seis e doze anos de idade, essas foram associadas a dificuldades na dinâmica familiar, o que levou a optar pela aplicação do DF-E.

Para a compreensão do DF-E, o presente trabalho utilizou da livre inspeção do material sustentado pelo referencial teórico da Psicanálise, associando-os aos dados das entrevistas com os responsáveis, para as quais se utilizou do método de análise de conteúdo, o qual segundo Bardin (2004) consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos das mensagens” (p.40).

Relacionamento com a família de origem: uma história a conhecer

A psicanálise aponta que a família, estrutura responsável pela transmissão e inserção da criança na cultura, constitui-se em um espaço fundamental para a troca afetiva e a transmissão simbólica, no entanto, há de se destacar mudanças importantes na organização e funcionamento familiar na sociedade contemporânea. Evidencia-se na atualidade, um número crescente de famílias monoparentais, matrifocais, patrifocais, mosaicos, além da emergência das homoafetivas, dentre outras configurações, fatores esses de influência na constituição psicológica dos indivíduos assim como nos vínculos estabelecidos entre seus membros (Scorsolini-Comin, Cecilio, 2012). Neste contexto o Psicodiagnóstico Interventivo vem se mostrando como uma abordagem interessante em saúde mental. Ao mesmo tempo em que se propõe avaliar, visa fornecer elementos para desvelar o significado das manifestações psíquicas, ao intervir utilizando-se de técnicas sustentadas na projeção, dentre elas o DF-E. Fez-se uma minuciosa análise vertical e horizontal dos Registros Documentais recuperados dos arquivos do Serviço-Escola, os quais são apresentados no quadro a seguir.

Tabela 1- Relação de pacientes atendidos na modalidade de psicodiagnóstico interventivo que utilizou do Procedimento de Desenho da Família com Estórias- (DF-E)

Pacientes N=39	Demanda inicial	Demanda secundária	Follow up
12	Queixas escolares	Conflitos familiares	08
09	Agitação motora/impulsividade	Conflitos familiares	06
08	Ansiedade	Conflitos familiares	03
05	Agressividade dirigida ao ambiente escolar	Conflitos familiares	02
04	Agressividade no lar/nervosismo	Conflitos familiares	03
01	Transtorno Desafiador de Oposição	Conflitos familiares	01
Total 39			23

Fonte: a autora, 2016

Conforme podemos observar na Tabela 1, foi analisado os Registros Documentais de 39 crianças para este estudo, sendo que os dados iniciais coletados com os responsáveis de 12 delas diziam respeito a queixas escolares, nove a agitação psicomotora e impulsividade, oito a ansiedade, cinco a agressividade dirigida especialmente ao ambiente escolar, quatro a agressividade no lar seguida de nervosismo e uma delas, veio com o diagnóstico prévio de um neurologista de Transtorno desafiador de oposição. Com o intuito de resguardar a identidade das participantes, evitou-se colocar o sexo das crianças, bem como suas idades, entretanto ressalta-se que todas estavam na faixa etária compreendida entre seis e doze anos.

É importante destacar alguns aspectos relevantes ao se fazer à leitura da referida tabela. O primeiro corresponde ao fato de que as queixas iniciais procediam, entretanto todas elas apresentavam como queixa secundária, dificuldades de relacionamentos familiares, fato comprovado pela livre inspeção do material à luz da psicanálise. Entretanto é importante ressaltar que apesar de se considerar como secundária, a demanda de dificuldades familiares estava intimamente relacionada com a queixa inicial, fato que em muitos dos casos, foi considerada pela autora como queixa

principal. A título de ilustração, apresenta-se um caso para melhor compreensão do material analisado.

O desejo de Ana: a união familiar

Trata-se de uma menina de 12 anos, caçula de uma prole de três filhas. Vive com o pai, a mãe, uma irmã de 14 e outra de 17 anos respectivamente. A queixa da genitora era de nervosismo e grandes dificuldades de submeter-se a exames médicos e a tratamentos dentários. O pai não compareceu à sessão da entrevista inicial assim como em duas das sessões de orientação subsequentes, previamente agendadas. Dentre várias informações prestadas pela mãe quanto ao cuidado inicial com a filha, chamou-nos a atenção o fato de que não querendo mimar a filha, quando contava com um ano de idade, evitava pegá-la ao colo, quando solicitada, até porque *“quando menorzinha não chorava, fato que a levava esquecer-se de alimentá-la.”*

Aplicou-se o DF-E conforme as orientações de Trinca, (2013), solicitando um desenho uma família qualquer, o desenho de uma família ideal, o desenho de uma família que alguém não está bem e por fim, o desenho de sua própria família, ao que Ana realizou:

Fig.1- Uma família qualquer



Em seguida Ana contou a seguinte estória:

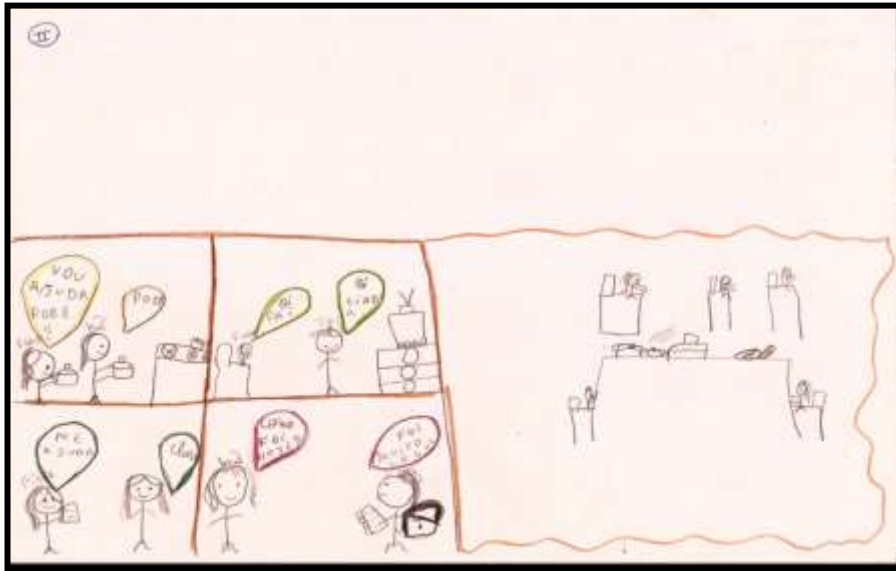
A família estava no parque passeando e fazendo piquenique. As crianças brincavam mas os pais não brincavam com elas, ficavam em um canto conversando e a irmã mais velha também não brincava pois falava que era grande, ela ficava em outro canto mexendo no celular. Só a irmã do meio e a mais nova que

brincavam de boneca e casinha e no parque brincam no escorregador e no balanço. A irmã mais nova sempre é a mãe e a do meio a filha, e a do meio não gosta muito da brincadeira porque ela é maior, mas ela brinca mesmo assim porque como ela quer brincar ela aceita as regras da mais nova. Os pais não veem isso porque não prestam atenção nas meninas. Eles chegam do serviço e vão tomar banho, assistir TV, comer, descansar e não perguntam como foi o dia delas e elas ficam tristes.

Título: Família unida

Solicitou-se a segunda unidade de produção, a partir da consigna de “ *uma família ideal*”, Ana apresentou o desenho que se segue:

Fig.2- Uma família ideal



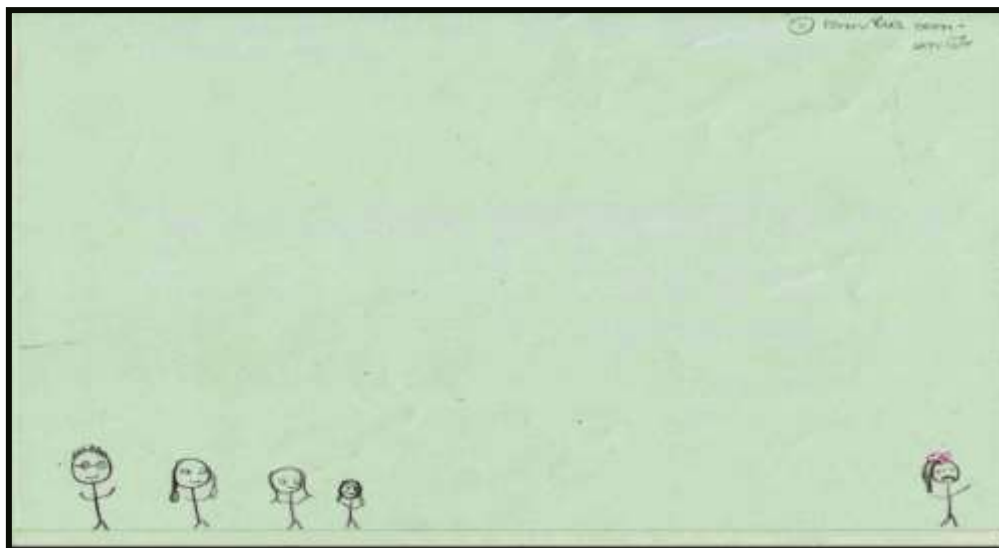
Em seguida Ana contou a seguinte estória:

São três filhas, e estavam todos no café da manhã. Eles estavam conversando sobre o quanto estavam unidos e ajudando um ao outro e o quanto estavam gostando de ajudar um ao outro. [inquirito] Como eles se ajudavam? A filha ajudava a mãe no jantar sem ela precisar pedir, o pai ajudava a filha falando “oi”, porque só de falar “oi” já ajuda. Se a filha tá triste ela fica feliz, e a mãe pergunta como foi seu dia e as filhas também se ajudam. Também contou que tomam café da manhã juntos, que acordam e já começam a conversar e depois as filhas vão para a escola e o pai e mãe vão trabalhar.

Título: Família Feliz

Apresentando-lhe a terceira consigna a de “*uma família onde alguém não está bem*” Ana apresentou a unidade de produção que se segue:

Fig.3 Uma família onde alguém não está bem

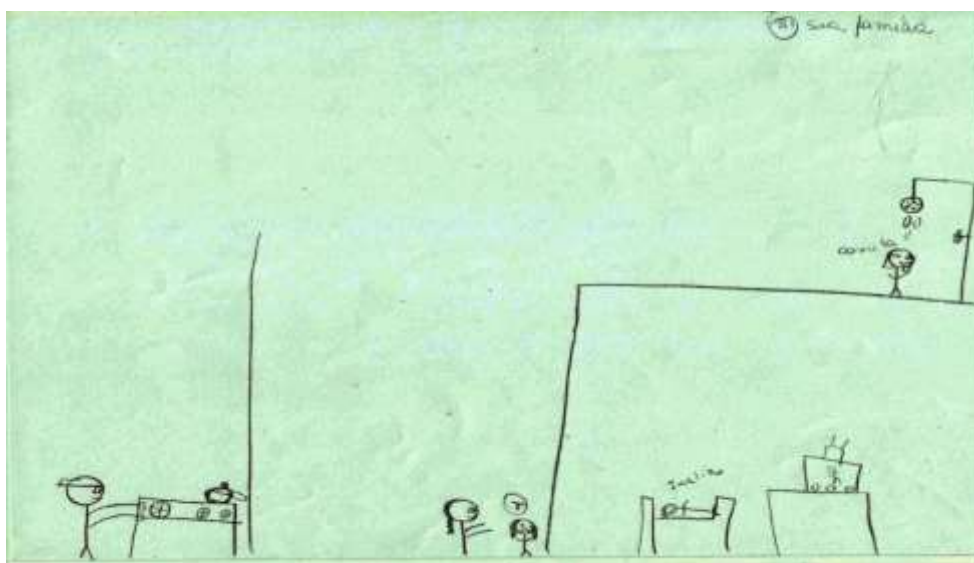


Título: **Família sem união.**

Relatando a seguinte estória: *A menina não está bem, está triste, porque sua família não é unida. Cada um fica separado, distante. [inquérito]. Não tenho nada mais a dizer.*

Finalizando o procedimento, solicitou-se a quarta e última unidade de Produção: “*a sua própria família*”

Fig.4- A sua própria família



Título: Você não pode ter tudo o que quer na vida.

O pai está sozinho na cozinha. Ela está triste no desenho porque está brigando com a mãe. Na verdade é a mãe quem está brigando com ela [corrige-se]. Uma irmã está deitada vendo TV, a outra irmã está no chuveiro, e é a que menos conversa. Cada um fica em um lugar na casa, pouco conversam. Não são unidos.

Ao formular a teoria do amadurecimento emocional, Winnicott (1959/1988) apontou que no início do processo de desenvolvimento devem ser considerados três aspectos: “em um extremo existe a hereditariedade, e no outro, o ambiente que apoia, falha, ou traumatiza. No meio está o bebê vivendo, acumulando experiências, se defendendo e crescendo”(p.125). Considera-se que em geral, a hereditariedade é, na sua maior parte, tendência do indivíduo a crescer, a integrar-se, relacionar-se com objetos e amadurecer. Porém, para que haja uma efetivação dos processos de maturação, para que o *self* e o ego possam evoluir adequadamente, é necessário um ambiente de facilitação, sendo que a característica do ambiente facilitador é a adaptação às necessidades mutativas dos processos de maturação (Winnicott 1958/1993). A livre inspeção do material do DF-E aponta que Ana, não teve os cuidados de uma mãe suficientemente boa na primeira infância, que pudesse lhe apresentar o mundo de forma que pudesse lidar melhor com as frustrações do ambiente. O pai parece não ter dado uma sustentação adequada à mãe para que esta pudesse dispensar os cuidados de que o bebê Ana necessitava. Hoje o que Ana deseja, é que minimamente, a família possa olhar para ela, e não através dela. Ela parece sentir-se invisível aos olhos de todos, o que de certa forma, desencadeia o nervosismo nomeado pela mãe e a aceitar os cuidados médicos e odontológicos, principalmente no que diz respeito a procedimentos invasivos.

Considerações finais

As unidades de produção selecionadas a título de ilustração constituem exemplos de investigação de procedimentos anteriormente realizados, na modalidade do Psicodiagnóstico Interventivo, utilizando do DF-E como procedimento investigativo da dinâmica psíquica e relacional dos pacientes. Importante destacar que alguns dos casos apresentados Tabela.1 conseguiram ser solucionados apenas com a intervenção breve na modalidade do Estágio Supervisionado Específico. Outros, como o caso de Ana, seguem em psicoterapia. O artigo não esgota o tema, mas aponta que após uma

minuciosa análise vertical e horizontal dos Registros Documentais, constatou-se que o DF-E facilitou o acesso imediato do estagiário a emoções que surgiam sem controle e compreensão para os pacientes, podendo acolher, compreender, intervir e aliviar angústias cumprindo com o objetivo do Processo Psicodiagnóstico Interventivo. Sessões de *follow up*, realizadas um mês após finalizado o processo com 23 dos referidos pacientes, apontou o sucesso da intervenção com a citada técnica. Destaca-se a relevância do DF-E, principalmente em um Serviço-Escola, no qual em sua maioria, apresenta grande demanda de pessoas que necessitam de intervenções breves e urgentes.

Referências

- Alves, Z. M. M. B., Barbieri, V. & Jacquemim, A. (2004). Alcances e limites do interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia*, 14 (28), 153 -167.
- Amiralian, M. L. T. M. O Procedimento de Desenhos-Estórias e as contribuições de D.W.Winnicott. In: W. Trinca (Org.) *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. (pp. 177-198). São Paulo: Vetor.
- Andrade, M. L.; Mishina-Gomes, F. K. T. & Barbieri, V. (2015) Avaliação interventiva cruzada entre pais e filhos. In Santeiro, T. & Rocha, G. M. A. *Clínica de Orientação psicanalítica: compromissos, sonhos e inspirações de formação*. (pp 117-134) São Paulo: Vetor
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: Confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil (1962) Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962, 27 de agosto). Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. *Diário Oficial da União*.
- Brasil (2008) Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. (2008, 25 de setembro). Dispõe sobre o estágio de estudantes. *Diário Oficial da União*.
- Coelho, H. M. B., Peres, R. S., & Oliveira, F. S. (2005). A clínica-escola em sua dupla função: Usuários e estagiários. In Melo Silva, M. A. Santos, & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 197-220). São Paulo: Vetor.
- Greinert, B. R. M., Milani, R. G., & Tomael, M. M. (2014). Psicodiagnóstico interventivo psicanalítico. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(1), 80- 95.

- Scorsolini-Comin, F. & Cecílio, M. (2012) Pelo direito humano de amar: apontamentos sobre a adoção por casais homossexuais no Brasil. In: S.M.Barroso & F. Scorsolini-Comin (Orgs) *Diálogos em Psicologia: práticas profissionais e produção do conhecimento*.(pp.58-73) Uberaba: UFTM
- Trapé-Trinca, A.M. (2013) Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias. In: W. Trinca (Org.) *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. (pp.27-76). São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (2003). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. 3ª ed. São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (2013). Formas tradicionais de aplicação In: W. Trinca (Org.) *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. (pp.13-26) São Paulo: Vetor.
- Winnicott, D. W. (1984) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (J. M. X, Trad.)Rio de Janeiro: Imago. Original publicado em:
- Winnicott, D. W. (1988) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: D.W.Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. Ortiz, Trad.) (pp.114-127). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1959).
- Winnicott, D. W. (1993). O primeiro ano de vida: Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D.W.Winnicott *A família e o desenvolvimento individual* (M.B. Cipola, Trad.). (pp.3-20) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1958).

Usuários de saúde mental segundo agentes comunitárias: Um estudo com o procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

Amanda Dias Cunha Gil

Rodrigo Sanches Peres

Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva

Universidade Federal de Uberlândia

Resumo: Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) vivenciam certas dificuldades no trabalho junto a usuários de saúde mental. Presumimos que essas dificuldades poderiam ser melhor compreendidas à luz do conceito de imaginário coletivo, isto é, do conjunto de crenças que um determinado grupo produz acerca de um assunto. Nesse sentido, tivemos como objetivo, no presente estudo, apreender como usuários de saúde mental são representados no imaginário coletivo de um grupo de ACSs. Trata-se de um estudo de caso clínico-qualitativo. O caso foi constituído pelas quatro ACSs que compunham a equipe de uma unidade de saúde. Uma entrevista grupal foi o *locus* para a coleta de dados. Adotamos como instrumento o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T), estratégia investigativa cujo propósito é facilitar a comunicação emocional em contexto intersubjetivo e que se destina, mais especificamente, à captação do imaginário coletivo. O PDE-T envolve a elaboração de um desenho com um tema determinado e uma estória a respeito do mesmo, a realização de um inquérito e a criação de um título para a estória. O tema do PDE-T foi “uma agente comunitária de saúde junto a um usuário de saúde mental” e os dados obtidos foram analisados com base na interpretação psicanalítica pautada na atenção flutuante. Os campos de sentido identificados revelam que, para as participantes: (1) usuários de saúde mental, tipicamente, são “perigosos” e, por isso, despertam medo; (2) psicofármacos são os principais responsáveis pelo controle dos sintomas em usuários de saúde mental e (3) a escuta e o acolhimento se destacam como ações de saúde mental alternativas. Concluímos que o PDE-T se revelou extremamente proveitoso para a exploração do imaginário coletivo das participantes e, assim, possibilitou o acesso a conteúdos com importantes implicações práticas.

Palavras-chave: *Saúde mental; Psicologia da Saúde; Imaginário coletivo.*

Introdução

De acordo com a Portaria Nº 2.488, a Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deve abranger um conjunto de ações assistenciais, individuais e coletivas, voltadas tanto ao tratamento de doenças quanto à promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2011a). Tal documento também salienta a importância do trabalho em equipes multiprofissionais, a ser desempenhado junto a populações de territórios delimitados e levando em conta as particularidades do entorno. Ademais, coloca em relevo a necessidade de um elevado grau de articulação entre os membros das equipes multiprofissionais e estabelece que as mesmas devem ser compostas, em sua configuração mínima, por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs).

Os ACSs constituem uma categoria profissional relativamente recente, na medida em que a mesma surgiu nos anos 1990, no bojo de um movimento de reorganização da assistência em saúde a partir da Atenção Básica (Bornstein & Stotaz, 2008). Ocorre que foi em 1991, quando da implementação de novas políticas sociais descentralizadas, que o Ministério da Saúde expandiu o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS) a partir de experiências realizadas na Paraíba. Segundo as diretrizes do PACS, caberia aos ACSs a mediação entre os serviços de saúde e a comunidade (Lima & Cockell, 2008). Já em 1994, os ACSs, com essa mesma função, passaram a atuar no recém-criado Programa Saúde da Família (PSF). Este, por sua vez, foi enquadrado como uma estratégia em 2002, originando a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Portaria Nº 2.488 reforça a centralidade da ESF para a expansão e a qualificação da Atenção Básica e, assim, sublinha o papel dos ACSs no que diz respeito ao acolhimento dos usuários e à vinculação dos mesmos aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2011a). Justamente por esse motivo, os ACSs, segundo a Lei Nº 11.350, devem necessariamente residir na região de abrangência (Brasil, 2006). Tomaz (2002) enfatiza que, somente sendo moradores da comunidade em que atuam, os ACSs poderão apreender a dinâmica social vigente e, como consequência, desempenhar com êxito suas principais atribuições, a saber: (1) identificar situações de risco e vulnerabilidade na área adscrita; (2) orientar a população quanto aos serviços de saúde disponíveis e (3) promover os devidos encaminhamentos aos serviços de saúde e demais órgãos públicos. Para tanto, ainda conforme o referido autor, são necessárias ações de natureza tanto técnico-assistencial quanto político-social.

Além disso, comumente os ACSs são pressionados, quer seja pela população ou pelos demais profissionais de saúde, a desempenhar atividades que não correspondem às suas funções, como apontam Brito, Ferreira e Santos (2014). Reforçando tal constatação, Cardoso e Nascimento (2010) relatam que, sobretudo devido à existência de uma notória hierarquia nos sistema de saúde, muitos ACSs são levados a empreender práticas prescritivas e fiscalizadoras, as quais pouco contribuem para o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos usuários quanto à promoção da saúde. E Filgueiras e Silva (2011) observam que frequentemente usuários com os quais os ACSs mantém maior proximidade lhes dirigem cobranças indevidas visando a rápida solução dos mais variados problemas da comunidade.

É válido esclarecer que a Portaria Nº 2.488 estabelece que os ACSs devem cumprir uma jornada de 40 horas semanais de trabalho e se responsabilizar pelo atendimento de até 750 pessoas (Ministério da Saúde, 2011a), o que, somando-se às pressões que recebem devido ao lugar peculiar que ocupam no sistema de saúde, não raro leva à sobrecarga. Outra dificuldade vivenciada por uma parcela expressiva dos ACSs decorre do fato de que, conforme Bornstein e Stotaz (2008), se espera que os

mesmos detenham um maior conhecimento empírico da comunidade em comparação com os demais profissionais de saúde, e isso tende a se desdobrar em expectativas que dificilmente poderão ser correspondidas na prática.

Considerando-se que a ESF é orientada à comunidade, é possível concluir que a mesma cria condições favoráveis ao desenvolvimento de ações em saúde mental alinhadas à lógica de desospitalização e reabilitação psicossocial preconizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lancetti & Amarante, 2009). Justamente por essa razão, a Portaria Nº 3.088 determina que a Atenção Básica é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011b). Contudo, o levantamento bibliográfico realizado para os fins do presente estudo revela que são escassas as pesquisas que abordam tal temática e tiveram como participantes ACSs, a despeito da importância dos mesmos para a consecução dos objetivos da Atenção Básica. Podem ser apontadas como exceções nesse sentido as pesquisas desenvolvidas por Cabral e Albuquerque (2015), Machado e Pereira (2013), Waidman, Costa e Paiano (2012) e, de forma mais indireta, Barros, Chagas e Dias (2009). E todas elas apontam que ACSs habitualmente encontram variadas dificuldades para intervir profissionalmente junto a pessoas em sofrimento psíquico.

Cabral e Albuquerque (2015), por exemplo, verificaram que, em um grupo de ACSs da região metropolitana de Recife (PE), foi recorrente a crença de que o cuidado em saúde mental demanda acompanhamento clínico especializado e deve ser direcionado, em especial, a pacientes com diagnóstico de transtornos mentais psicóticos ou depressivos. Já Machado e Pereira (2013) constataram que os profissionais de saúde de uma equipe da ESF – incluindo ACSs – de um município do interior paulista valorizam o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica, mas muitas vezes não reconhecem tal prática como uma ação de saúde mental propriamente dita. E isso decorreria da adesão implícita a um modelo médico-centrado que confere maior valor aos tratamentos medicamentosos.

De forma semelhante, Waidman, Costa e Paiano (2012), em um estudo com ACSs do interior do Paraná, observaram que os mesmos não se consideraram devidamente capacitados para o cuidado em saúde mental. Além disso, uma parcela expressiva deles admitiu sentir medo de “portadores de transtornos mentais”, embora não os tenham diferenciado de “portadores de problemas neurológicos”. Tais achados são semelhantes àqueles reportados por Barros, Chagas e Dias (2009). Afinal, as autoras identificaram, em um grupo de ACSs de uma cidade do Ceará, que o medo e a

estranheza despertados por “portadores de transtornos mentais” se destaca como um entrave para a operacionalização de ações de saúde mental. Todavia, foi possível verificar a existência de uma preocupação com o isolamento social da população em questão.

Entendemos que certas nuances das dificuldades vivenciadas por ACSs no exercício de suas atividades profissionais junto a pessoas em sofrimento psíquico poderiam ser compreendidas a partir do recurso, em novas pesquisas dedicadas ao assunto, ao conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica. Ocorre que o mesmo se refere ao “conjunto de crenças, emoções e imagens que um determinado grupo produz acerca de um fenômeno” (Montezi, Zia, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 300), sendo que as mesmas podem possuir um caráter consciente ou não-consciente. Trata-se de um processo de produção que se desenvolve tendo como pano de fundo o contexto cultural e se pauta em elementos cognitivos e emocionais. Logo, o imaginário coletivo tende a influenciar as condutas de indivíduos e coletividades em relação a uma temática em particular (Fialho, Montezi, Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2014).

É nesse sentido que Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014) afirmam que o imaginário coletivo corresponde a uma espécie de ambiente humano em que são intercaladas dimensões históricas, sociais e afetivas, as quais conferem substrato simbólico a novas idéias e práticas. Partindo dessas premissas, autores como Cambuí e Neme (2014) e Davanço (2012), dentre diversos outros, vêm investigando o imaginário coletivo de variados grupos sociais no tocante a diferentes assuntos. No presente estudo, reconhecendo a existência de fecundas possibilidades de articulação entre a Atenção Básica e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, nosso objetivo foi apreender como os usuários de saúde mental são representados no imaginário coletivo de um grupo de ACSs.

Método

Desenho metodológico

Quanto ao desenho metodológico do presente estudo, consideramos relevante explicitar que optamos pela utilização do método clínico-qualitativo. Trata-se, conforme Turato (2005, p. 510), de “uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos [...], porém voltado especificamente para os *settings* das vivências em

saúde”. Nesse sentido, ainda segundo o referido autor, o método clínico-qualitativo privilegia a interpretação de significações relativas a facetas do processo saúde-doença-cuidado como construídas e apresentadas por pacientes, familiares ou profissionais. Para tanto, o pesquisador, a exemplo do que ocorre em qualquer pesquisa qualitativa, busca o aprofundamento da compreensão de seu objeto e a abrangência de um grupo social específico, o que independe da representatividade numérica dos participantes (Minayo, 2014).

Outrossim, destacamos que é possível enquadrar o presente estudo como um estudo de caso. Tal estratégia metodológica não se limita necessariamente a um único indivíduo, pois pode contemplar um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização, para citar apenas alguns exemplos. Todavia, segundo Stake (2000), somente deve ser considerado um caso passível de estudo um sistema delimitado, integrado, unitário e multidimensional. Afinal, os estudos de caso intentam a análise em profundidade de um objeto, sempre em seu contexto real, e a exploração de seu aspecto singular, pelo que, tipicamente, enfatizam a construção de dados que possibilitam um retrato do idiossincrático (Peres & Santos, 2005). Dessa forma, conforme Yin (2005), os estudos de caso não subsidiam o desenvolvimento de generalizações estatísticas, mas, sim, generalizações analíticas, as quais demandam maior articulação teórica para a discussão do material empírico.

Participantes

Foram convidados para participar do presente estudo os quatro ACSs de uma unidade de saúde de um município do interior de Minas Gerais que, quando da coleta de dados, exerciam suas funções profissionais regularmente, ou seja, não se encontravam afastados das atividades laborais por qualquer razão. Não houve recusas ao convite. Logo, tal grupo de quatro ACSs constituiu o caso do qual nos ocupamos no presente estudo. Todos os participantes eram do sexo feminino – razão pela qual empregaremos deste ponto do texto em diante o substantivo feminino para lhes fazer referência – e a faixa etária das mesmas variou dos 26 aos 44 anos e o tempo de experiência no cargo de 1 a 9 anos.

Coleta de dados

A coleta de dados teve como *locus* uma entrevista grupal realizada com a presença de todas as participantes, durante a qual foi utilizado como recurso mediador o

Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T). Trata-se de uma estratégia investigativa criada por Aiello-Vaisberg em 1990 e cujo propósito básico é “facilitar a comunicação emocional, em contexto intersubjetivo, de indivíduos e coletivos” (Vaisberg & Ambrósio, 2013, p. 277). Em linhas gerais, o PDE-T envolve: (1) a elaboração de um desenho com um tema pré-determinado e uma estória a respeito do mesmo, o que constitui uma unidade de produção, (2) a realização de um inquérito sobre o desenho e a estória e (3) a criação de um título para a estória. No presente estudo, as participantes foram solicitadas a desenhar uma “agente comunitária de saúde junto a um usuário de saúde mental” e, posteriormente, a elaborar uma estória sobre o desenho. Depois disso, as mesmas foram convidadas a compartilhar suas produções com o grupo. Nesse momento foi realizado o inquérito, bem como foi solicitada a criação dos títulos das estórias.

Ressalte-se que a entrevista grupal teve duração de uma hora e vinte minutos e foi gravada em áudio com a anuência das participantes. Ademais, vale destacar que o PDE-T é derivado do Procedimento de Desenhos-Estórias (PDE), o qual foi proposto por Trinca em 1972 como “um meio auxiliar de ampliação do conhecimento da dinâmica psíquica no contexto do diagnóstico psicológico” (Trinca, 2013, p. 11). E cumpre assinalar que o PDE, ainda segundo o referido autor, conjuga processos expressivos-motores e aperceptivos-dinâmicos e, assim, possui uma identidade gráfico-verbal. O mesmo se aplica ao PDE-T, porém este se destina, mais especificamente, à captação do imaginário coletivo concernente a um determinado fenômeno circunscrito pelo tema definido para a unidade de produção, ao passo que o PDE, por prescindir de um tema em particular, possui um objetivo mais amplo e contempla conteúdos e processos psíquicos em geral.

Análise de dados

O *corpus* do presente estudo foi constituído pela transcrição – literal e na íntegra – da gravação em áudio da entrevista grupal, assim como pelos desenhos decorrentes do emprego do PDE-T. Optamos por analisar tal *corpus* utilizando a interpretação psicanalítica com o intuito de construir elaborações sobre suas significações latentes. A interpretação psicanalítica, conforme Zimmerman (2001), se afigura basicamente como uma tentativa de esclarecer possíveis significações acerca de diversas formas de comunicação humana, sendo que, para tanto, deve ser pautada na atenção flutuante. Logo, seguindo as proposições do referido autor, adotamos, para os fins da análise dos

dados, uma atitude por meio da qual procuramos nos eximir de pré-julgamentos e não imputar importância particular a conteúdos selecionados *a priori*. Esclarecemos ainda que, em consonância com outros estudos voltados à exploração do imaginário coletivo, buscamos, por meio da interpretação, viabilizar a captação de campos de sentido (Cambuí & Neme, 2014; Montezi, Zia, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011).

Cuidados éticos

O presente estudo se afigura como um recorte de um projeto mais amplo, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Sublinhamos que, em seu desenvolvimento, observamos todos os cuidados éticos preconizados para pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse sentido, foi assegurado às participantes o compromisso com a manutenção do sigilo acerca da identidade das mesmas, pelo que empregamos nomes fictícios ao longo do texto.

Resultados e Discussão

A leitura interpretativa do *corpus* nos permitiu identificar linhas de significação que organizam o imaginário coletivo das participantes no tocante aos usuários de saúde mental. Consequentemente apreendemos três campos de sentido, os quais foram assim denominados: (1) “Visita domiciliar medrosa”, (2) “A luz no fim do túnel” e (3) “Loucos por ajuda”. O primeiro deles gira em torno da idéia de que os usuários de saúde mental, tipicamente, são “perigosos”, “agitados” e “ameaçadores”, sendo que, por essa razão, despertam medo. Tal idéia pode ser depreendida claramente a partir do título da estória apresentada pela participante Betina, o qual, inclusive, dá nome a este primeiro campo de sentido: “Visita domiciliar medrosa”. A estória em pauta alude a uma mulher que mantém as portas e janelas de sua casa trancadas, com vários animais em seu interior, como se vê no desenho elaborado pela participante em questão. Trata-se, portanto, de uma pessoa que se caracteriza por comportamentos que causam certo estranhamento. “[...] Esta situação sempre me dá um pouco de medo [...] e certo dia na visita ela estava bastante agitada, e falou coisas horríveis, fez ameaças, fiquei alguns dias sem voltar lá [...]”, comentou Betina, sugerindo que se tratava de uma estória verídica, vivenciada por ela mesma.



“Visita domiciliar medrosa” – Desenho elaborado pela participante Betina

Confirmando essa suposição, tal participante relatou que, depois de alguns dias, retornou à casa da personagem da estória, o que indica que, ao manter um intervalo de tempo maior do que o habitual entre as visitas domiciliares, pode refletir sobre o acontecimento e, assim, o medo não a impediu de dar continuidade às suas atividades profissionais. E a atribuição de certa periculosidade e bizarrice aos usuários de saúde mental também esteve presente na estória produzida pela participante Dulce, a qual diz respeito a um homem “[...] sempre muito agitado e limpando tudo várias vezes ao dia, e muito agressivo [...]”. O desenho respectivo, inclusive, mostra o referido homem varrendo o interior de sua casa, com a ACS do lado de fora, sendo que o título da estória – “Visita ao número 33” – sugere um processo de reificação, pois um número é usado para aludir a uma pessoa.



“Visita ao número 33” – Desenho elaborado pela participante Dulce

Por outro lado, a participante Alice afirmou, explicitamente, que não sente medo de usuários de saúde mental, sendo que elaborou uma estória sobre um homem chamado Moisés, que é “esquizofrênico”, mas “não é agressivo” e “gosta de conversar”. É digno de nota que esta também é uma estória verídica vivenciada por tal participante, e que ambas as figuras humanas de seu desenho – uma representando a si mesma, à esquerda, e outra representando o usuário Moisés, à direita – se encontram sorridentes. Logo, o desenho reforça a existência de um clima amigável entre ambos, em consonância com o que a estória já sublinhava.

Os achados concernentes ao campo de sentido “Visita domiciliar medrosa”, de modo geral, podem ser considerados compatíveis com aqueles reportados em outras pesquisas, dentre as quais a realizada por Barros, Chagas e Dias (2009). Tais autoras notaram que o medo de “portadores de transtornos mentais” se revelou comum para muitos ACSs, inclusive para aqueles que não vivenciaram diretamente qualquer evento que pudesse justificar esse sentimento. Logo, sua origem estaria ligada à adesão, por parte de alguns “portadores de transtornos mentais”, a hábitos qualificados como “anormais” em um dado contexto social. Aprofundando esse raciocínio, Machado e Pereira (2013) destacam que o medo que profissionais de saúde não raro experimentam ao intervir junto à população em questão deriva de uma representação negativa da “doença mental” ainda presente na sociedade como um todo.



“Um tempo com Moisés” – Desenho elaborado pela participante Alice

Já o segundo campo de sentido, intitulado “A luz no fim do túnel”, se organiza em função da crença de que psicofármacos se destacam como os principais responsáveis pelo controle dos sintomas e, assim, pela “melhora” dos usuários de saúde mental. Percebemos tal crença, por exemplo, na seguinte passagem da estória criada pela participante Catarina: “[...] fui à casa da paciente ver se estava tudo bem, se as receitas estavam em dia [...] A paciente tem transtorno bipolar e quando está em crise é internada no CAPS para tomar a medicação corretamente”. É interessante destacar ainda que Catarina aparentemente não possui total clareza a respeito do papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), pois os mesmos, sendo serviços extra-hospitalares, podem funcionar como unidades de referência para a dispensação de medicamentos e praticar ações de hospitalidade noturna, mas não oferecem internação psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004). Porém, é na estória criada pela participante Dulce que os psicofármacos foram qualificados mais claramente como uma espécie de tábua de salvação. Em suas palavras: “[...] uma dose mensal de medicamento e a paz volta àquela casa”.

A expressão “luz no fim do túnel” foi utilizada pela participante Dulce para aludir à psiquiatra que prescreveu o medicamento na estória, a qual, a propósito, possivelmente também é baseada em suas próprias vivências, posto que foi apresentada na primeira pessoa do singular: “Sempre que vou ao número 33 é a mesma coisa...”. E a importância atribuída pelas participantes ao tratamento medicamentoso de pessoas em sofrimento psíquico também pode ser constatada levando-se em consideração que

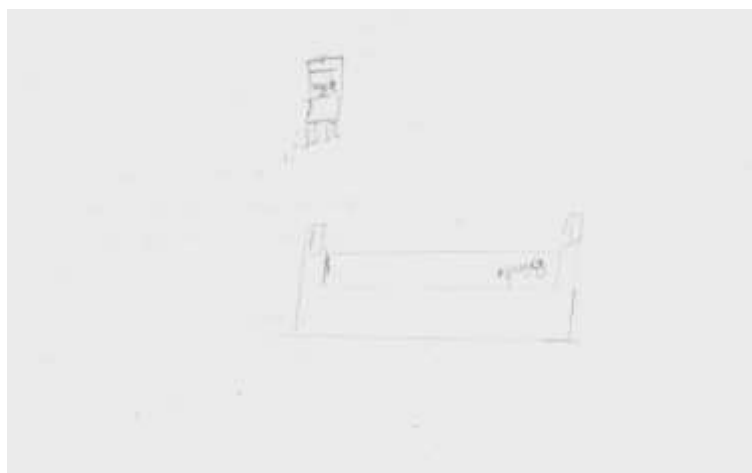
Betina citou o nome e a dosagem de um dos psicofármacos consumidos pela personagem de sua história: “Ela faz uso de vários remédios, inclusive o Clonazepan, 5 frascos por mês”. Entendemos que a apresentação desse tipo de detalhe está a serviço da demarcação da gravidade do estado mental da paciente em pauta e sugere o alinhamento a uma lógica que poderíamos sintetizar nos seguintes termos: “quanto pior a crise, maior a dosagem”. Por fim, é válido destacar que a participante Alice também fez alusão a psicofármacos em sua história, mencionado que o personagem da mesma “diz que quer injeção”.

Quanto ao campo de sentido “A luz no fim do túnel”, os resultados se equiparam àqueles obtidos na pesquisa de Machado e Pereira (2013) desenvolvida junto a profissionais de saúde de uma equipe da ESF – incluindo ACSs – e que revelou que os mesmos valorizam em demasia o tratamento medicamentoso de “portadores de transtornos mentais”. Para os autores, o que estaria em causa seria a medicalização do sofrimento psíquico. E esse fenômeno é descrito por diversos outros autores. Ferrazza, Rocha e Luzio (2013), por exemplo, apontam que a prescrição de psicofármacos se tornou uma prática banal em serviços de saúde mental, o que contrasta com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Porém, é preciso salientar que a medicalização do sofrimento psíquico não se limita a serviços de saúde mental ou, como bem observou Uhr (2012), aos médicos, pois faz parte de um processo sócio-cultural mais amplo, por meio do qual comportamentos considerados desviantes – como a “loucura” – e até eventos naturais – dentre eles, a menopausa, para citar apenas um exemplo – seriam reduzidos às suas dimensões biológicas e objetivas e, assim, tratados como um “problema técnico”.

Por fim, o terceiro e mais circunscrito campo de sentido, intitulado “Loucos por ajuda”, diz respeito à crença de que usuários de saúde mental são pessoas que se caracterizam por diversas “carências” e, por isso, demandam auxílio em diferentes níveis, mas não necessariamente em relação ao cuidados com a própria saúde. A seguinte passagem da história criada pela participante Alice é representativa nesse sentido: “Ele [usuário de saúde mental] mora com a mãe já idosa, mas que sempre faz tudo por ele”. Na história elaborada pela participante Dulce, quem proporciona ajuda é a psiquiatra, como mencionado anteriormente, qualificada como “luz no fim do túnel”. Como também já informado, a participante Betina apresentou uma história, vivenciada por ela mesma, em que uma ACS se mostra apta a auxiliar um usuário de saúde mental,

ainda que mais indiretamente, na medida em que não deixa de realizar visitas domiciliares a ele a despeito do medo que vivencia quando o faz.

Catarina elaborou um desenho curioso, no qual não há qualquer figura humana e os personagens – “agente” e “paciente” – são representados por uma cadeira e um sofá, respectivamente, na parte superior e inferior. Porém, na estória criada por ela, a necessidade de ajuda do usuário de saúde mental é mais explícita. Constata-se uma marcante valorização do tratamento medicamentoso, mas também é possível depreender das entrelinhas da estória o enquadramento da escuta e do acolhimento como ações de saúde mental “alternativas”, como se vê na seguinte passagem: “[...] na minha visita fiquei praticamente a manhã inteira conversando com ela, explicando que ela era capaz de superar aquela situação [...] e, quando acabei minha visita, já estávamos rindo, e ela ficou muito agradecida, e eu também, por ter ajudado uma pessoa”. Tal estória, a propósito, pode ser apontada como o resultado mais positivo do presente estudo.



“Visita de rotina” – Desenho elaborado pela participante Catarina

Ocorre que o resultado em pauta sinaliza o reconhecimento – explícito por parte de uma das participantes, mas implícito por parte das demais – de que as mesmas têm condições de desenvolver ações de saúde mental, em especial por meio das visitas domiciliares, o que é compatível com a Portaria Nº 3.088 quando a mesma estabelece que a Rede de Atenção Psicossocial deve ter na Atenção Básica um dos seus componentes (Ministério da Saúde, 2011b). De forma semelhante, Waidman, Costa e Paiano (2012) constataram que muitas ACSs entendem que podem estabelecer com os usuários de saúde mental um relacionamento terapêutico a partir das visitas

domiciliares. As participantes da pesquisa de Barros, Chagas e Dias (2009) igualmente demonstraram disponibilidade para estabelecer vínculos com usuários de saúde mental. Para tanto, recorrem justamente às visitas domiciliares, durante as quais priorizam a fala e a escuta com o intuito de instaurar uma relação de confiança mútua. Segundo as autoras, isso contrasta com o discurso unidirecional que ainda norteia a prática de outros profissionais de saúde.

Considerações finais

O presente estudo viabiliza a compreensão de dificuldades, mas também possibilidades, no que diz respeito ao trabalho de ACSs junto a usuários de saúde mental. Resultados semelhantes foram reportados por pesquisas anteriores, porém, o presente estudo inova, sobretudo, por privilegiar o conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica e, assim, promover um mapeamento do cerne da subjetividade das participantes acerca da temática. Salientamos que o PDE-T se revelou extremamente proveitoso, pois propiciou o acesso a conteúdos conscientes e não-conscientes com importantes implicações práticas, na medida em que estes tendem a se refletir em condutas. Desse modo, constatamos que o PDE-T de fato se afigura como uma estratégia investigativa extremamente profícua para a promoção da expressão emocional de sujeitos e coletivos, fomentando, como consequência, a captação do imaginário coletivo.

Referências

- Barros, M. M. M., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 227-232.
- Bornstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). O trabalho dos agentes comunitários de saúde: Entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 457-480.
- Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). *Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm

- Brito, R. S., Ferreira, N. E. M. S., & Santos, D. L. A. (2014). Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa da literatura. *Saúde & Transformação Social*, 5(1), 16-21.
- Cabral, T. M. N., & Albuquerque, P. C. (2015). Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: A percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*, 39(104), 159-171.
- Cambuí, H. A., & Neme, C. M. B. (2014). O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 75-88.
- Cardoso, A. S., & Nascimento, M. C. (2010). Comunicação no Programa Saúde da Família: O agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1), 1509-1520.
- Corbett, E., Ambrosio, F. F., Gallo-Belluzzo, S. R., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Produções imaginativas sobre dificuldades sexuais: Um estudo psicanalítico. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 756-765.
- Davanço, D. T. L. (2012). *Um estudo sobre o imaginário coletivo de homicidas acerca do matar* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Ferrazza, D. A., Rocha, L. C., & Luzio, C. A. (2013). Medicalização em um serviço público de saúde mental: Um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 255-265.
- Fialho, A., Montezi, A. V., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre vida saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 36(3), 626-631.
- Filgueiras, A. S., & Silva, A. L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: Um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 899-915.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2009). Saúde mental e saúde coletiva. In: G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz.
- Lima, J. C., & Cockell, F. F. (2008). As novas institucionalidades do trabalho no setor público: Os agentes comunitários de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 481-502.

- Machado, M. P., & Pereira, M. A. O. (2013). Percepção da doença mental por profissionais de saúde: Possibilidades de ampliação do cuidado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 125-138.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Montezi, A. V., Zia, K. P., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 299-305.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, 10(20), 109-126.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In: N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). Thousand Oaks: Sage.
- Tomaz, J. B. C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 75-94.
- Trinca, W. (2013). Apresentação do Procedimento de Desenhos-Estórias. In: W. Trinca (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias* (pp. 11-30). São Paulo: Vetor.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Uhr, D. (2012). A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico. *Polêm!ca*, 11(3), 396-403.
- Vaisberg, T. M. J. A., & Ambrósio, F. F. (2013). Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: W. Trinca (Org.), *Procedimento de Desenhos-Estórias: Formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 277-302). São Paulo: Vetor.

- Waidman, M. A. P., Costa, B., & Paiano, M. (2012). Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1170-1177.
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (D. Grassi, Trad.). 2ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zimmerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Validade do procedimento de Desenhos-Estórias no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior

Fábio Donini Conti

Universidade Cruzeiro do Sul
LITEP - Universidade de São Paulo

Resumo: A presente pesquisa objetivou verificar se o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) se constitui como instrumento válido para diagnosticar Transtorno Depressivo Maior. A amostra foi composta por 60 mulheres, divididas igualmente em dois subgrupos; 30 pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior Moderado e 30 não pacientes. Os instrumentos utilizados foram o Procedimento de Desenhos-Estórias, o Inventário de Depressão Beck (BDI) e a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-TR, também conhecida como SCID-NP, com a finalidade de evitar diagnósticos de falsos negativos e falsos positivos nos resultados do Inventário (BDI), facilitando o diagnóstico diferencial de Transtorno Depressivo Maior sem comorbidades. Depois de definidos os participantes da amostra e aplicados os três instrumentos nos mesmos, foram convidados dois juízes para avaliar os dados dos D-E, devendo, cada um deles, separar os 60 protocolos, levando-se em conta tanto os desenhos quanto as histórias. Os critérios utilizados por ambos, totalizando 94 itens, foram identificados na literatura sobre o tema, que possibilitam observar a referida patologia por meio dos dados das técnicas projetivas. Posteriormente às avaliações, foram correlacionados, por meio do Coeficiente Produto-Momento de Pearson, os resultados dos juízes entre si. Os resultados indicaram que ambos conseguiram separar os D-E quando se basearam nas histórias e nos protocolos como um todo. Considerou-se, portanto, que o Procedimento de Desenhos-Estórias é um instrumento capaz de ser utilizado em casos cuja hipótese de Transtorno Depressivo esteja presente.

Palavras-Chave: *Procedimento de Desenhos-Estórias; Validade; Distúrbios afetivos, Depressão.*

Introdução

São de suma importância, nos dias atuais, instrumentos que sejam realmente capazes de investigar aquilo a que se propõem (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2003), principalmente em quadros depressivos, considerados pela Organização Mundial da Saúde como característicos da sociedade do Século XXI. Esses quadros estão se tornando, juntamente com as cardiopatias, mundialmente mais incidentes do que os problemas de má nutrição e de doenças infecciosas. Por isso, estima-se que nas próximas duas décadas, sua incidência aumente consideravelmente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001). Tais dados se relacionam com as concepções de F. R. C. Bahls e S. C. Bahls (2002), que demonstraram que as manifestações depressivas são uma das patologias mais encontradas pelos médicos que atendem a população jovem. As concepções de Hagnell, Lanke, Rors e Ojesjo (1982) que realizaram na Suécia, na década de 80, um estudo preditivo com margem de 25 anos, constataram o aumento da depressão em 27% nos homens e em 45% nas mulheres.

Kessler e Walters (1998) também realizaram pesquisa sobre o tema e notaram um aumento secular da depressão em norte-americanos, com maior incidência nas mulheres. Gazalle, Hallal Lima e Tavares (2004) estudaram 583 idosos do Estado do Rio Grande do Sul e observaram uma alta prevalência da depressão (N = 360) nos

participantes do sexo feminino, principalmente aqueles com idade mais avançada e com pouca escolaridade (primeiro grau ou nenhuma). Outro estudo feito por Barreto, Carvalho, Falcão e Leite (2006) objetivou identificar a presença de depressão em uma amostra composta por 358 idosos - 312 mulheres e 46 homens - que freqüentaram o Programa Universidade aberta à Terceira Idade, em Pernambuco. Encontraram índice de depressão em 86 pessoas estudadas, sendo que 47 delas possuíam o 1º grau completo e 79 eram do sexo feminino. Segundo os autores, esses são índices preocupantes e expressam a necessidade por ações relacionadas à implantação de programas de saúde para os idosos. No estado de São Paulo, Laurenti e Lebrão (2005) realizaram uma pesquisa com a finalidade de levantar dados epidemiológicos relacionados às condições de vida e à saúde dos idosos, estudando 2143 pessoas com idades entre 60 e 100 anos, sendo 58,6% do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. Os resultados indicaram que a prevalência dos sintomas depressivos encontra-se, principalmente, nas mulheres (22% em relação a 12% nos homens).

Esses dados epidemiológicos relacionam-se com o pressuposto de que os quadros depressivos afetam boa parte da população mundial e, por isso, merecem especial atenção dos profissionais da área da saúde, principalmente dos psicólogos, devido em parte à sua constituição como patologia psíquica, envolvendo sintomas, queixas, prognóstico e tratamento específicos e, em parte, à interseção que se configura com outros transtornos e outras patologias, como, por exemplo, a psicose e a ideação suicida, dentre outros. Além disso, o fenômeno depressivo possui um jargão de definições que o torna conceitualmente pluralístico: sintoma depressivo, episódio depressivo, depressão clássica e outros mais (Lage & Monteiro, 2007). Portanto, instrumentos que permitam diagnosticar o Transtorno Depressivo Maior diferenciando-o de outras morbidades, facilitariam o desenvolvimento de estratégias para a realização do tratamento, principalmente, por identificar a doença de maneira mais concisa e por minimizar as chances de confundi-la com outros transtornos.

Entre os instrumentos que objetivam diagnosticar o Transtorno Depressivo Maior dentro dos critérios de análise propostos pelo DSM-V (APA, 2014), está o Inventário de Depressão Beck (Cunha, 2001), cuja natureza nomotética facilita a aplicação e interpretação dos resultados. No entanto, existem recomendações, quanto ao uso de algumas das escalas Beck para aplicação em sujeitos normais, devido às pesquisas de validade não apontarem resultados estatísticos significativos e devido à possível auto-interferência nas respostas de desejabilidade social (Cunha, 2001). Além disso,

recomenda-se que, no diagnóstico psicológico, o profissional utilize mais de um instrumento, seja ele projetivo, clínico ou psicométrico, para possibilitar uma compreensão mais integrada e condizente com a realidade do indivíduo (Arzeno, 1993/1995).

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)¹⁴, instrumento de natureza projetiva que explora o dinamismo inconsciente, possui algumas categorias de análise que permitem a investigação da personalidade daqueles que a ele se submetem (Trinca, 1997). Conflitos, ansiedades, fantasias, necessidades e mecanismos de defesa são algumas das categorias que auxiliam o profissional a compreender o funcionamento psíquico do sujeito (Trinca, 1987).

Até 1997, o Procedimento de Desenhos-Estórias contava com dez pesquisas de método estatístico, sendo sete delas voltadas aos propósitos de validação (Mestriner, 1997), além de dezessete pesquisas de método clínico com objetivos diversos (Trinca, 1997). Atualmente existem diversas pesquisas feitas com esse procedimento, mas nenhuma que verse sobre validade e precisão no diagnóstico de TDM. Esse cenário justifica, assim, o porquê das pesquisas aqui citadas apresentarem datas anteriores a dez anos do presente momento.

Dentre os pesquisadores que utilizaram o método estatístico para validar algumas categorias de análise, Al' Osta (1984) objetivou diferenciar sujeitos com Psicose Maníaco-Depressiva (atual Transtorno Bipolar) de sujeitos normais.

Al' Osta (1984) estudou 60 sujeitos do sexo feminino, dividindo-os em dois grupos, um relativo à Psicose Maníaco-Depressiva e outro sem a patologia psiquiátrica. Equiparou, também, os grupos de acordo com a faixa etária e nível sócio-econômico. Utilizou três juizes para avaliar os protocolos e comparar tais avaliações por meio de tratamento estatístico. Nesse estudo, que se encontra descrito de maneira detalhada no capítulo 5, os resultados permitiram considerar o Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento relevante para discriminar pacientes com Psicose Maníaco-Depressiva de sujeitos normais.

Além desse, outros estudos realizados com o instrumento, até o presente momento, possibilitaram afirmar que as atividades e funções psíquicas, como, por exemplo, o curso do pensamento, a memória, o raciocínio lógico, a orientação, a

¹⁴ Trinca comenta que, apesar de alguns autores recomendarem o termo história para narrativas de ficção, na época em que desenvolveu o instrumento a grafia estória estava incorporada à Língua Portuguesa. Por isso, o uso do termo Desenhos-Estórias foi mantido desde a sua origem.

afetividade, os estados de humor, dentre outros, são passíveis de serem investigados pelo D-E (Gonçalves, 1997). Entretanto, como bem lembrado por Mestriner (1997), o Procedimento de Desenhos-Estórias necessita passar pelo mesmo rigor exigido à construção dos testes psicológicos, com a utilização de métodos estatísticos e normativos. Esse rigor para com o instrumento auxiliará o profissional a pautar-se em categorias de análise desenvolvidas por estudos psicométricos, quando o mesmo for realizar processos de diagnóstico psicológico, minimizando as probabilidades de se desconsiderar as características comuns àquele grupo específico. Com o desenvolvimento de categorias que proporcionem o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior no Procedimento de Desenhos-Estórias, o levantamento de tais características psicométricas permitiria referendar o diagnóstico da patologia de maneira mais objetiva e condizente com a realidade do sujeito contemporâneo, por tratar-se de um estudo recente. Além disso, como não existem pesquisas com essa perspectiva com o Procedimento de Desenhos-Estórias, o estudo poderá contribuir para a ampliação do uso do instrumento em situações cuja hipótese de transtorno depressivo se faz presente, minimizando o tempo em que o clínico perderia tentando comprovar a presença/ausência da patologia com instrumentos projetivos que não possuem dados de pesquisa satisfatórios para situações do gênero. Por outro lado, o sujeito que sofre dessa enfermidade e procura ajuda teria a chance de ser compreendido e auxiliado por um profissional capaz de captar a realidade psíquica de seu paciente, por ter em mãos um instrumento que possui tal finalidade [o que não exclui a necessidade de um estudo psicodiagnóstico mais individualizado de cada caso para a compreensão de cada dinâmica individual].

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa um total de 60 sujeitos do sexo feminino, divididos em dois subgrupos, um composto por 30 mulheres com Transtorno Depressivo (denominado grupo de pacientes) e o outro por 30 mulheres sem (denominado grupo de não-pacientes). Para compor a amostra não foram levados em conta etnia, idade mental e religião.

Para compor o grupo de pacientes foram adotados os seguintes critérios:

- Diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior com intensidade Moderada apontado tanto pelo Inventário de Depressão Beck quanto pela entrevista clínica estruturada para o DSMV-TR;

- Não apresentar outras morbidades;
- Ter vivenciado mais do que um episódio depressivo;
- Não estar realizando ou ter realizado tratamento psicoterapêutico pelo fato de o tratamento permitir uma melhora do quadro e, dessa forma, eliminar alguns dos sintomas que constituem o diagnóstico de TDM.

Para compor o grupo de não pacientes, os critérios foram os seguintes:

- Não possuir histórico de doenças psiquiátricas;
- Não apresentar nenhuma morbidade tanto no Inventário de Depressão Beck quanto na entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-TR;
- Não estar realizando ou ter realizado tratamento psicoterapêutico.

Instrumentos

Foram aplicados três instrumentos na amostra: a Entrevista Estruturada para o DSM-IV-TR, o Inventário de Depressão Beck (BDI) e o Procedimento de Desenhos-Estórias.

O primeiro instrumento aplicado foi a Entrevista Clínica estruturada para o DSM-V-TR, mais conhecida como SCID-NP (Tavares, 2000), cuja aplicação possuiu três finalidades: estabelecer um bom rapport com os participantes, identificar possíveis comorbidades nos mesmos e evitar possíveis diagnósticos de falsos positivos e falsos negativos no Inventário (BDI). O segundo instrumento aplicado foi o Inventário de Depressão Beck (Cunha, 2001), que teve tanto a finalidade de identificar, de maneira objetiva, a presença do TDM, quanto o de confirmar os dados levantados na entrevista. O terceiro e último instrumento foi o Procedimento de Desenhos-Estórias, e o método de aplicação utilizado foi o desenvolvido por Trinca (1987).

Procedimento

A aplicação dos instrumentos foi feita, primeiramente, com os sujeitos que constituíram o grupo de pacientes e, posteriormente, com o grupo de não pacientes. Foi realizada (de maneira idêntica em ambos os grupos) durante o dia e em intervalos de três dias entre cada instrumento.

Quanto ao local de aplicação, os encontros com ambos os grupos foram feitos em uma das salas da clínica-escola onde os prontuários foram levantados, pois é um local específico para atendimento psicoterapêutico. Não houve a presença de terceiros e tampouco muitos estímulos no ambiente, só uma mesa com três cadeiras e iluminação adequada, além do material para pesquisa e a bolsa dos próprios participantes.

Critérios de análise utilizados nos D-E

Os critérios utilizados para indicar depressão nos D-E foram os descritos pela literatura, que versam sobre o Transtorno Depressivo nas técnicas projetivas. No total, 68 itens encontrados são relativos aos desenhos e 26 às histórias, somando um número de 94 indicativos.

A validade foi obtida em etapas.

Etapa 1 (classificação dos desenhos)

Nesta primeira etapa, os juízes separaram somente os desenhos, em três categorias: Grupo com TDM, Grupo sem TDM e Não Posso Opinar. Depois foi calculado o Coeficiente de Correlação Produto Momento de Pearson, com um nível de significância de 0,01 para verificar se os juízes conseguiram separar corretamente os protocolos em relação à presença ou à ausência de TDM. Além disso, foi calculada a porcentagem de acertos na separação dos desenhos em dois grupos para cada juiz.

Etapa 2 (classificação das histórias)

Nesta etapa, o mesmo procedimento realizado para os desenhos foi realizado com as histórias.

Etapa 3 (classificação dos D-E)

Nesta etapa, os juízes separaram os 60 protocolos de Desenhos-Estórias, utilizando os 94 critérios extraídos da literatura, e o tratamento dos dados foi o mesmo das etapas 1 e 2.

Para escolher os juízes que fariam parte da pesquisa, foram adotados como critérios serem eles profissionais de Avaliação Psicológica e possuírem, no mínimo, três anos de experiência na área. Dessa forma, duas pessoas foram convidadas a participar como avaliadores dos dados da pesquisa.

Inicialmente, foram entregues aos juízes somente os desenhos dos D-E, sem as histórias, apresentados em ordem casual. Não houve, nos protocolos, nenhuma identificação que permitisse saber a que grupo eles pertenciam. A finalidade dessa primeira etapa foi a de verificar se os desenhos eram ou não sensíveis à detecção de

sujeitos portadores de TDM. Para tanto, os juízes deveriam classificar os 60 desenhos de acordo com as seguintes categorias: Possui Transtorno Depressivo, Não Possui Transtorno Depressivo e Não Sei. Além disso, tiveram que fazer essa separação baseando-se nas experiências deles com as técnicas gráficas e tiveram que descrever quais foram as características dos protocolos que nortearam tais separações. Essa primeira etapa também teve a finalidade de verificar se os referenciais dos juízes eram convergentes entre si, bem como se eles se relacionavam com o apontado pela literatura e se permitiam separar os protocolos nos verdadeiros subgrupos.

Depois de feita essa separação, procedeu-se à segunda etapa das avaliações. Nessa fase, os juízes deveriam classificar os protocolos, da mesma maneira que fizeram anteriormente, utilizando-se, agora, dos desenhos e das histórias. A finalidade dessa segunda separação foi a de verificar se as histórias também eram (ou não) sensíveis à detecção dos sujeitos com TDM. Os juízes também tiveram que se basear nas experiências que possuíam com as técnicas de contar histórias e descrever quais foram as características das mesmas que permitiram realizar tal classificação.

Realizadas as etapas 1 e 2, procedeu-se ao estudo de validade de critério (Etapa 3). Foram entregues, novamente, aos dois juízes os 60 protocolos do D-E em ordem aleatória e solicitado aos mesmos que separassem os protocolos, agora utilizando os itens da literatura como critério, segundo as três categorias utilizadas nas etapas 1 e 2. Antes disso, os juízes foram treinados pelo pesquisador com três protocolos do D-E (que não os 60), com o objetivo de eliminar possíveis dúvidas em relação a algum item para realização desta etapa. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 14 para Windows (SPSS Incorporation, 2005).

Resultados

A Tabela 1 apresenta os critérios utilizados pelos juízes na separação dos protocolos.

Tabela 1 - Critérios estabelecidos pelos dois juízes nas etapas 1 e 2 para os desenhos e histórias

Juízes Critério	J ₁	J ₂
Desenhos	Ausência de detalhes; Ausência de cor; Expressões tristes; Tamanho pequeno.	Localizados na metade inferior; Linhas leves; Casa sem janela; Árvore abaixo do observador; Galhos caindo; Figura humana mais pobre em relação aos outros elementos do desenho.
Histórias	Auto-referência; Histórias curtas; Sentimento de menos valia; Sentimento de tristeza; Lugares e situações idealizadas.	Restrição da atividade ideacional; Sentimentos de tristeza; Tendências negativistas; Desfecho das histórias sempre de natureza negativa; Histórias curtas.

Mesmo tendo realizado as análises às cegas, os juízes descreveram itens que já foram encontrados pela literatura, tais como linhas leves, ausência de cor, ausência de detalhes, expressão triste, localização na metade inferior da folha, restrição da atividade ideacional, lugares e situações idealizadas, sentimentos de tristeza, auto-referência e histórias curtas, o que indica que suas observações não se distanciaram das de outros estudiosos sobre assunto.

Para verificar se o instrumento seria sensível à detecção de sujeitos com TDM, dividiu-se o estudo de validade em três etapas. Na primeira, o objetivo foi o de verificar se somente os desenhos permitiam aos juízes classificar corretamente os sujeitos de acordo com suas condições reais. Na segunda, mesmo sendo entregues os desenhos aos

juízes, o objetivo foi o de verificar se somente as histórias permitiriam tal separação. Na terceira, o objetivo foi o de verificar se, a partir de critérios indicativos de depressão (tanto para os desenhos quanto para as histórias), os juízes classificariam corretamente os protocolos nos grupos correspondentes.

Para realizar os cálculos de correlação entre as avaliações de cada juiz e o diagnóstico, foi definido o seguinte critério: os sujeitos com TDM receberam no instrumento critério pontuação um e os não depressivos receberam pontuação zero. Nas separações feitas pelos juízes a partir dos D-E, o acerto em relação ao diagnóstico de cada protocolo recebeu pontuação igual ao instrumento critério e o erro pontuação oposta. A categoria “Não Posso Opinar” foi considerada ausência. Os resultados destas avaliações encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Correlações entre as avaliações dos juízes e o diagnóstico de TDM

Juízes	Desenhos (Etapa 1)	Histórias (Etapa 2)	D-E (Etapa 3)
J1	0,333	0,748	0,788
J2	0,134	0,748	0,788
J1/J2	-0,067	0,612	0,625
Médias	0,133	0,680	0,726

Na categoria “Não Posso Opinar”, o juiz 1 classificou um sujeito na Etapa 1 e nenhum na Etapa 2, enquanto que o juiz 2 classificou sete sujeitos na Etapa 1 e um sujeito na etapa 2. Na Etapa 3 nenhum sujeito foi classificado nesta categoria.

Observando os resultados da Etapa 1, percebe-se a baixa correlação entre as avaliações dos juízes e o critério externo e entre os dois juízes. Nessa etapa o juiz 1 acertou 66% dos 60 protocolos, e o juiz 2 acertou 58,3%. Destas separações, os juízes concordaram em 41,7% dos casos. Porém, como a correlação entre eles não foi significativa (-0,067) e entre eles e o critério externo o valor foi abaixo de 0,60, foi possível afirmar que os sujeitos avaliados corretamente foram diferentes entre os juízes.

Esses resultados indicam que sem critérios para facilitar a análise dos desenhos, a tarefa de identificar a amostra depressiva torna-se muito complexa. Esta dificuldade em avaliar as técnicas projetivas gráficas às cegas, segundo Anzieu (1976/1981) e Hammer (1969/1991), deve-se ao fato de os desenhos permitirem uma ampla modalidade de expressão das características individuais dos sujeitos que as realizam. Por outro lado,

como aponta Tavares, (2003), as qualidades projetivas de técnicas dessa natureza devem ser articuladas com parâmetros que referenciem o que é comum em determinadas amostras. Como não houve essa caracterização da amostra na Etapa 1 para os juízes e, por ser o desenho uma técnica projetiva, que visa facilitar o surgimento de características singulares, a validade dos resultados foi insatisfatória.

Na Etapa 2, ambos os juízes acertaram mais da metade (85%) dos protocolos e concordaram em 80% dos casos. Além disso, como o resultado obtido nas correlações foi acima de 0,60, foi possível afirmar que as histórias são elementos sensíveis à detecção dos sujeitos portadores da patologia e, por isso, podem ser consideradas válidas para realizar diagnósticos de TDM.

Esse resultado provavelmente deve-se ao fato de os depressivos realizarem auto-relatos em boa parte das suas histórias. Mesmo tendo os juízes classificado os protocolos às cegas, é possível que esse elemento do discurso tenha permitido identificar com mais facilidade os sujeitos portadores de TDM. Esta hipótese se relacionam com as afirmações de Chabert (1998/2004) que já havia dito que o paciente depressivo, em técnicas de contar histórias como o TAT, costuma fazer auto-referência e se tornar o personagem principal da trama.

Segundo o DSM-V (APA, 2014), o depressivo queixa-se muito da própria vida e reclama constantemente sobre as atividades do cotidiano. Para a psicanálise, essa característica é comum à patologia depressiva e o sujeito que a possui tem um funcionamento narcisista, já que investe energia psíquica em si mesmo e mantém ativa a existência do sintoma. Portanto, contar histórias do tipo auto-relato é falar diretamente de si e investir libido no próprio ego (Delouya, 2001).

Na Etapa 3 os protocolos deveriam ser classificados pelos juízes em uma das três categorias (Não Possui Transtorno, Possui Transtorno e Não Posso Opinar) utilizando como recurso os 94 indicadores de depressão encontrados na literatura para facilitar essa separação.

Os juízes acertaram 88% dos protocolos as correlações obtidas encontram-se acima de 0,60, também significativos ao nível de 0,01. Além disso, concordaram entre si em 85% dos casos. Assim sendo, foi possível afirmar que não existem diferenças significativas entre as avaliações dos juízes tanto nos D-E, em relação ao diagnóstico de TDM, quanto entre si e que, portanto, o instrumento pode ser considerado válido para discriminar sujeitos depressivos de não depressivos, quando profissionais experientes se apóiam em referências de análise para realizar as avaliações.

Entretanto, os resultados das correlações na Etapa 3 não foram muito diferentes da Etapa anterior, possivelmente pelo fato de os juízes terem-se apoiado nas mesmas evidências observadas na Etapa 2, ou seja, nas histórias.

Considerações finais

Seria possível afirmar, de acordo com o material exposto até o presente capítulo, que o Procedimento de Desenhos-Estórias é um instrumento que possibilita realizar diagnósticos diferenciais de TDM?

Quando Trinca (1987) desenvolveu sua técnica de contar histórias sobre os desenhos, não estava preocupado em transformar seu procedimento em um teste psicométrico. Mas, como em ciência nada fica somente no âmbito da especulação, o autor procurou mostrar, pautando-se em parâmetros utilizados na construção de testes, que sua técnica avalia características da personalidade. Alguns autores citados neste trabalho também investigaram a eficácia desse instrumento para avaliar determinadas psicopatologias e observaram que o D-E é válido para diferenciar sujeitos com Esquizofrenia, com Deficiência Mental Leve e crianças com Asma Brônquica de sujeitos que não as possuem. A presente pesquisa caminhou nesse mesmo sentido e procurou demonstrar, cientificamente, a capacidade do D-E em discriminar sujeitos portadores de TDM daqueles que não o possuem, identificando quais elementos das histórias e dos desenhos permitiriam realizar tal discriminação.

Procurou-se estudar mulheres adultas no D-E, pelo fato de o DSM-V (APA, 2014) apontar que a incidência da patologia depressiva é mais evidente no sexo feminino. Portanto, as conclusões feitas, no presente estudo, se referem ao gênero em questão e não devem ser extrapoladas a outras pessoas.

Embora vários autores citados nesta pesquisa considerassem o desenho como sendo sensível para discriminar determinadas amostras, em relação à patologia depressiva, os desenhos, isoladamente, não mostraram sensibilidade para discriminar sujeitos portadores de TDM daqueles que não possuem. Um dos fatores que pode explicar esta diferença pode ser o fato de a amostra utilizada, no presente trabalho, ter sido diferente das estudadas pelos autores, pois, neste caso, estudaram-se, especificamente, mulheres adultas e com patologia diferente das estudadas por eles. Portanto, conclui-se que os desenhos, se empregados de maneira isolada e sem nenhuma pauta de análise, não permitem realizar diagnósticos diferenciais de TDM.

Em relação às histórias tomadas isoladamente, observou-se que os juízes, mesmo sem pautas de análise, conseguiram separar corretamente boa parte dos protocolos. Isso permitiu considerar que o discurso, como postulado por Trinca (1987), direciona o sujeito para áreas mais conflitivas da sua personalidade e, por isso, evidencia, de maneira mais específica, o tipo de pessoa submetida a ele. Portanto, concluiu-se que as histórias são elementos mais sensíveis do que os desenhos para detectar sujeitos portadores de TDM. No entanto, vale destacar que a forma como é administrada a técnica, que toma a história a partir do pedido inicial de um desenho que, por sua vez, funciona como estímulo para a realização da história, impõe que se considere o conjunto desenho/história como inseparável para tais análises.

Em relação aos tempos de reação e aos tempos totais, todas as pesquisas feitas com o D-E não se preocuparam em verificar se esses elementos permitiriam caracterizar as amostras estudadas, mas, no presente estudo, esses elementos diferenciaram sujeitos portadores de TDM daqueles que não possuem e podem servir como indicadores da patologia depressiva no D-E. Assim sendo, considerou-se, de um modo geral, que este estudo revelou terem os sujeitos pacientes um tempo de reação maior do que os sujeitos sem a patologia e que essa é uma forma predominante de o depressivo lidar com a tarefa proposta pelo procedimento, aspecto que pode se relacionar à falta de investimento psíquico.

Contudo, cabe destacar que, mesmo reconhecendo quais seriam os elementos que caracterizam a patologia depressiva no D-E, o profissional tem que levar em conta outras evidências para realizar diagnósticos mais condizentes com a realidade do sujeito submetido ao instrumento. Segundo Tavares (2003), se em um processo de avaliação psicológica, o psicólogo leva em conta somente as evidências encontradas ou em um instrumento projetivo ou em um teste psicométrico, sem articulá-las com outras informações, a análise clínica torna-se frágil e inconsistente. Portanto, mesmo identificando as pautas de análise que podem ser específicas de sujeitos portadores de TDM, cabe ao avaliador integrar os dados observados no D-E com outras informações relevantes, tais como o histórico de vida, os resultados de outros procedimentos diagnósticos e o significado singular que o examinando atribui aos mesmos. Isso permite circunscrever a abordagem da validade clínica como um método mais eficaz no âmbito da avaliação psicológica.

A partir de todo o exposto, conclui-se que o D-E é um instrumento sensível para detectar a doença, mas os elementos que a identificam não são tão evidentes quando

tomados isoladamente e carecem de ser mais estudados. Para isso, estudos futuros fazem-se necessários com uma maior amostragem e incluindo outras variáveis, tais como idade e gênero.

Referências

- Al' Osta, A. J. S. (1984). *Validação do Procedimento de Desenhos-Estórias em pacientes psicóticos maníaco-depressivos hospitalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas.
- American Psychological Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais V*. Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos*. (D. M. Leite, trad.; 2ª ed). São Paulo: EPU. (Trabalho original publicado em 1961)
- Anzieu, D (1981). *Os métodos Projetivos*. (M. L.E. Silva, trad.;3ª ed.). Rio de Janeiro: Campus. (Original publicado em 1976).
- Arzeno, M. E.G. (1995). *Psicodiagnóstico Clínico - novas contribuições* (B. A. Neves, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993).
- Bahls, F. R. S. & Bahls, S. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Ballone, G. J. & Ortolani, I. V. (2005). *Psicofarmacologia para não-psiquiatras - antidepressivos*. Recuperado de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=209>.
- Barreto, K. M. L., Carvalho, E. M. F. de, Falcão, I. V. & Leite, V. M. M. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo com os participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil*, 6 (1), 31-38.
- Bellak, L. & Bellak, S. S. (1967). *CAT-H: Teste de Apercepção Infantil com figuras humanas*. (O. Mantovani, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1965).
- Boutonier, J. (1968). *El dibujo en el niño normal y anormal*. Buenos Aires: Paidós.
- Buck, J. N. (2003). *HTP: Casa-árvore-pessoa, técnica projetiva do desenho. Manual e guia de interpretação*. (R.C. Tardivo, trad.). São Paulo: Vetor (Original publicado em 1992).
- Chabert, C. (2004). *Psicanálise e métodos projetivos*. (Á. J. Lelé, M. & A. C. Silva, trads.). São Paulo: Vetor, 2004. (Original publicado em 1998).

- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução nº 002/2003*. Recuperado de <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/#>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Di Loreto, O. D. M. (1997). Prefácio. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia. Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias* (pp.5-7). São Paulo: Vetor.
- Ebert, T. N. H., Miller, L. M. & Silva, E. F. (1984). *O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Elkisch, P. (1966). Expresión artística libre. In: A. I., Rabin & M Haworth, (Orgs.), *Técnicas proyectivas para niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Lima, M. S. de & Tavares, B. F. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 365-371.
- Gonçalves, L. A.(1997). Outra alternativa de utilização clínica. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias* (pp. 91-97). São Paulo: Vetor.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. & Ojesjo, L. (1982). Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. *Psychology Med.* 12 (1), 279-289.
- Hammer (1991), E. F. *Aplicação clínica dos desenhos projetivos*. (E. Nick, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1969).
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7 (1), 3-14.
- Lage, A. M. V. & Monteiro, K. C. C. (2007). Depressão: uma psicopatologia classificada nos manuais de Psiquiatria. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (1), 106-119.
- Laurenti, R. & Lebrão, M. L. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (2), 127-141.
- Levy, S. (1959) Figure drawing as a projective test. In: *Projective Psychology*. New York: Grove Press.

- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. Bogotá: Cultural.
- Marzolf, S. S & Kirchner, J. H. (1970). House-tree-Pearson drawings and personality traits. *Journal of clinical psychology*, 29 (2), 240-245.
- Mestriner, S. M. M. E. (1997). Pesquisas com o método estatístico. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia - Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias* (pp.179-202). São Paulo: Vetor.
- Minkowski, E. (1952). Les dessins d'enfants dans l'oeuvre de Françoise Minkowska. *Annales Médico-Psychologiques*, 5 (2), 711-712.
- Murray, H. A. (1973). *Teste de Apercepção Temática: Manual*. (A. Cabral, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1943).
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*. Recuperado de <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>
- Siegel, S. (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. (A. A. Farias, trad.). São Paulo: MacGraw-Hill. (Original publicado em 1956).
- Stern, E. (1967). Tests de personalidad. In *La observación y los Tests en Psicología Clínica*. B. Aires: Paidós.
- Tavares, M. (2000). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In: J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico - V*. (pp. 75-87). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8 (2), 125-136.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade - o desenho livre como estímulo de apercepção temática* (2ª ed.). São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (1997). Apresentação e Aplicação. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia - Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias*. (pp. 11-34). São Paulo: Vetor.
- Winnicott, D. D. (1971). *O brincar e a realidade*. (J. O. A. Alves & N. Vanede, trads.). Rio de Janeiro: Imago.

SEÇÃO 3: TÉCNICAS COM ESTÍMULOS CROMÁTICOS

Avaliação da personalidade em indivíduos dependentes de álcool a partir do teste de Pirâmides Coloridas

*Anna Silvia Féres Leite
Paulo Francisco de Castro
Universidade de Taubaté*

Resumo: O alcoolismo pode ser considerado um quadro crônico, com sintomatologia psicológica e orgânica, configurando-se como um problema de saúde pública na atualidade. Este estudo objetiva descrever características de personalidade de indivíduos dependentes de álcool, em distintos períodos de abstinência, por meio do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister - TPC. Participaram da investigação 23 indivíduos dependentes de álcool, com idade entre 28 e 71 anos, maioria do sexo masculino (N=20), divididos em onze pessoas abstinentes até um ano e doze abstinentes há dez anos ou mais. Os dados foram tabulados e os resultados foram ponderados de acordo com os valores normativos para o referido grupo. Em relação à incidência das cores, apenas o grupo abstinente há dez anos ou mais revelou características diferentes dos valores considerados médios, tendo como critério as médias e os desvios padrão de cada cor, como segue: Vermelho em valores rebaixados (N=8), revelando certo enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, além de retraimento defensivo e introversão; Violeta em valores rebaixados (N=7), ressaltando certa negação dos impulsos e da ansiedade, com dificuldade na elaboração dos conflitos; Marrom em valores rebaixados (N=7), acusando falta de energia, menor resistência e baixa produtividade. No que tange ao agrupamento das cores, denominados de Síndromes, os dados foram semelhantes nos dois grupos, indicando maior incidência de valores rebaixados nas Síndromes Normalidade (N=23), Estímulo (N=22), Fria (N=23) e Dinamismo (N=17). Em relação ao aspecto formal, observou-se maior incidência de Tapetes Furados ou Rasgados (N=14), indicando indícios de perturbações provenientes de dissociações no curso do pensamento. Assim, tem-se que o TPC contribui significativamente para a avaliação do grupo estudado, por apresentar índices que diferenciam da população em geral, como assinalado anteriormente, pela importância do tema, outros estudos são necessários para melhor caracterização desses indivíduos.

Palavras-chave: *Avaliação Psicológica. Personalidade. Teste das Pirâmides Coloridas. Alcoolismo.*

Introdução

Os transtornos mentais, bem como, características de personalidade podem ser contribuintes para uma pré-disposição ao uso do álcool e seu uso pode gerar dificuldades de cunho físico ou psíquico. Assim, é possível conjecturar relação entre os transtornos do álcool com personalidade ou outros quadros clínicos psicológicos (Pulcherio & Bicca, 2011). Estima-se que mais do que dois terços das pessoas em países ocidentais bebam mais do que apenas ocasionalmente e o alcoolismo pode ser influenciado por fatores sociais, de gênero, nível socioeconômico, profissão e religião (Dotto Bau, 2002).

Pesquisa desenvolvida no país, constatou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem ou tiveram algum contato com bebida alcoólica. Entre esses, os homens correspondem a 65% dos casos. Além disso, observa-se que 48% dos brasileiros considerados abstinentes não bebem ou, no máximo, bebem uma vez por ano. No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram cinco doses ou mais, na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos,

11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana (Laranjeira et al., 2007). Observa-se, ainda, que 11,2% da população brasileira apresenta sérios problemas de saúde relacionados ao abuso de álcool, isto representa cerca de 20 milhões de pessoas afetadas diretamente pelo alcoolismo (Lima, 2007).

O uso de substâncias psicoativas é muito mais antigo do que se imagina. De acordo com Laranjeira e Ribeiro (2007) na Antiguidade usavam-se essas substâncias como alimento, ou como modulador do estresse ambiental. As bebidas alcoólicas eram constituídas como fonte nutritiva armazenável, devido à escassez de armazenamentos de água, sendo assim o seu uso básico por subsistência. O uso exagerado ou abusivo era contestado por muitos povos, sendo considerada uma afronta aos valores e normas sociais, além de condutas pecaminosas. Nas populações do antigo Oriente Médio do quarto milênio antes de Cristo, as bebidas fermentadas já eram um elemento pelo qual as elites emergentes controlavam a produção de bens (incluindo os recipientes), estabeleciam símbolos de status e praticavam o comércio entre populações distantes (Dotto Bau, 2002). A partir do século XVII as substâncias psicoativas tornaram-se produtos comerciais e o consumo passou a ser muito mais favorecido. Somente no século XVIII é que o uso abusivo de substâncias psicoativas foi tratado como um problema médico, e que a embriaguez era resultado da perda do autocontrole e comprometia o equilíbrio saudável do corpo (Laranjeira & Ribeiro, 2007).

São vários os malefícios que o uso e abuso de álcool podem ocasionar no organismo, atuando em fatores motores, cognitivos, sensoriais e psíquicos. Apesar de alguns abusadores de álcool manterem o nível intelectual praticamente intacto, alterações em várias funções neurocognitivas têm sido descritas, mesmo após períodos em abstinência, o que evidencia os efeitos a longo prazo do álcool no funcionamento geral do cérebro e neuropsicológicos. Muitos estudos apontam para prejuízos nas funções executivas, em habilidades visoespaciais e velocidade psicomotora (Vieira, Serafim & Saffi, 2007). Além das doenças cardiovasculares, cirrose e neoplasias, o uso e o abuso de álcool estão fortemente associados ao uso de tabaco, de drogas ilícitas e a distúrbios psicossociais como depressão, transtorno de comportamento, perturbações e suicídios (Ferreira, Bispo Júnior, Sales, Casotti & Braga Junior, 2013).

De acordo com os critérios da CID-10 (Organização Mundial de Saúde - OMS, 1993) e DSM-V (American Psychiatric Association - APA, 2014) nenhum padrão de consumo está isento de riscos. Estes manuais apresentam um padrão estabelecido para a

identificação de abuso de álcool, além dos parâmetros para avaliação do transtorno por uso de álcool e sua gravidade.

Na pesquisa realizada por Ferreira et al. (2013), dentre os fatores relacionados ao elevado consumo de álcool na população mais jovem, as relações familiares conflituosas apresentam-se como fator diretamente associado a esse hábito e a doutrina religiosa constitui-se em variável inversamente relacionada. No entanto, estudos evidenciam a grande influência da propaganda de bebidas alcoólicas na indução do consumo precoce desses produtos. Outra característica observada foi o hábito de fumar que se manteve associado ao uso abusivo e à dependência de álcool.

Falta inserir na introdução a conceituação e a explicação do TPC e citar se há estudos relacionados ao tema.

Objetivo

Descrever características de personalidade de indivíduos dependentes de álcool, em distintos períodos de abstinência, por meio do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister – TPC.

Método

A pesquisa pode ser classificada como exploratória por focar em definir objetivos e buscar mais informações sobre um determinado assunto de estudo. Tem como característica a familiarização com o fenômeno e propõe-se a obter percepções e ideias sobre o mesmo. Realizam-se descrições dos elementos componentes do alvo da investigação (Cervo, Brevian & Silva, 2007).

Participantes

Participaram do estudo 23 indivíduos participantes dos Alcoólicos Anônimos de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, divididos em dois grupos, sendo 11 abstinentes de álcool até um ano e 12 abstinentes de álcool há dez anos ou mais. Considerou-se os critérios destacados pois até um ano, o indivíduo ainda é considerado em processo de tratamento, e após o período de 12 anos há pouca possibilidade de recaídas. Não houve controle quanto às variáveis de idade, sexo e padrão socioeconômico, por não interferirem no foco da presente investigação.

Instrumento

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister - TPC foi aplicado individualmente pelo autor principal deste trabalho, em todos os participantes, de acordo com as

especificações técnicas do instrumento (Villemor-Amaral, 2015). O TPC é uma técnica projetiva que visa a investigar aspectos psicodinâmicos da personalidade, com base nas relações entre as cores, seu manejo e seu simbolismo (Cunha, 2003).

Os dados sociodemográficos foram levantados em breve questionamento antes da aplicação do TPC.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes

		Até 1 ano		Mais de 10 anos	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	1	9,09	Feminino	2 16,67
	Masculino	10	90,91	Masculino	10 83,33
Idade	20-40 anos	4	36,3	20-40 anos	1 8,3
	40-60 anos	5	45,4	40-60 anos	5 41,6
	60-80 anos	2	18,1	60-80 anos	6 50
Profissão	Aposentado	1	9,09	Aposentado	5 41,6
	Autônomo	5	45,4	Autônomo	4 33,3
	Engenheiro	1	9,09	Estudante	1 8,3
	Agente de Segurança	1	9,09	Auxiliar Adm.	1 8,3
	Vigilante	1	9,09	Empresário	1 8,3
	Empresário	1	9,09		
	Serv. Gerais	1	9,09		
Estado Civil	Solteiro	4	36,3	Casado	6 50
	Casado	6	54,5	Divorciado	5 41,6
	Divorciado	1	9,09	Viúvo	1 8,3
Escolaridade	Fundamental	1	9,09	Fundamental	1 8,3
	Fundamental. Inc.	1	9,09	Fundamental. Inc.	1 8,3
	Médio	7	63,6	Médio	5 41,6
	Médio Incompleto	0	0	Médio Inc.	0 0
	Superior	1	9,09	Superior	3 25
	Superior. Inc.	1	9,09	Superior. Inc.	2 16,6

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, devidamente aprovada sob protocolo CAAE 21860613.3.0000.5501.

Análise dos resultados

Após a aplicação dos testes, os mesmos foram corrigidos e analisados de acordo com as especificações técnicas constantes no manual técnico do instrumento. Após essa etapa, os resultados foram classificados de acordo com os valores esperados para indivíduos com alcoolismo expressos nos dados normativos atuais e interpretados à luz do material técnico sobre o teste (Villemor-Amaral, 2015).

Resultados

As informações obtidas por meio dos dados do TPC estão apresentadas a seguir, considerando-se o tempo de abstinência e os dados gerais.

Tabela 2. Distribuição da classificação das cores.

Cor	Até 1 ano						Mais de 10 anos					
	↑	%	=	%	↓	%	↑	%	=	%	↓	%
Az	0	0	6	54,5	5	45,4	0	0	6	50	6	50
Vm	0	0	5	45,4	6	54,5	0	0	4	33,3	8	66,6
Vd	0	0	7	63,6	4	36,3	0	0	7	58,3	5	41,5
Vi	0	0	7	63,6	4	36,3	0	0	5	41,6	7	58,3
La	0	0	6	54,5	5	45,4	0	0	6	50	6	50
Am	0	0	9	81,8	2	18,1	0	0	10	83,3	2	16,6
Ma	0	0	6	54,5	5	45,4	0	0	5	41,5	7	58,3
Pr	0	0	6	54,5	5	45,4	0	0	8	66,6	4	33,3
Br	0	0	11	100	0	0	0	0	10	83,3	2	16,6
Ci	0	0	6	54,5	5	45,4	1	8,3	8	66,6	3	25

Legenda: ↑ valores elevados
 = valores médios
 ↓ valores rebaixados

De acordo com os dados expressos na Tabela 2, observa-se maior incidência de quatro cores para indivíduos com período de menos de um ano em abstinência do

álcool, podendo caracterizar a referida amostra de investigação. Enquanto que para os valores dos indivíduos com período de mais de dez anos em abstinência do álcool, tem-se oito cores.

A partir da interpretação destes dados, pode-se pressupor uma quantidade maior de valores rebaixados em certas cores para os indivíduos com maior tempo de abstinência, ou seja, aqueles indivíduos possuem características de personalidade como: labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, de realização ou de retraimento defensivo como fuga do mundo exterior (Vermelho, N=8); certa negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar tais estados (Violeta, N=7) e falta de energia, menor resistência e baixa produtividade (Marrom, N=7), estes valores correspondem a uma necessidade de canalizar as emoções, negando seus impulsos, agindo de forma defensiva e ansiolítica, o que acarreta falta de energia para ações e produções no mundo exterior. Uma vez que, os indivíduos com menor tempo de abstinência apresentaram maior adaptação a estes aspectos da personalidade, principalmente, quanto à aceitação dos impulsos e ansiedade (Violeta, N=7).

Em compensação, tanto os indivíduos abstinentes há mais tempo quanto os com menor período de abstinência apresentam valores médios, mais equilibrados, nas seguintes características de personalidade: adaptação à esfera do contato e relacionamentos afetivos e sociais (Verde, N=7; N=7), equilíbrio no que se refere a uma extroversão mais bem canalizada e mais adaptada ao ambiente (Amarelo, N=10; N=9), moderação à vulnerabilidade ou ausências de suficientes mecanismos de controle ou mesmo perda do contato com a realidade, como também, o equilíbrio quanto à impulsividade e possível desagregação do pensamento ou da estrutura da personalidade (Branco, N=10; N=11). Ou seja, mesmo com a presença de mecanismos de controle e certa impulsividade, essas pessoas conseguem adaptar-se nos relacionamentos sociais e afetivos pois apresentam características de extroversão mais adequada ao ambiente.

Uma observação importante quanto aos dois grupos analisados, é a ausência de valores elevados em quaisquer cores avaliadas. Além disso, quando o resultado na utilização de cores é analisado, considerando-se o tempo de abstinência do álcool, observa-se que com a aplicação da conduta abstinente houve aumento da cor vermelha, diminuição da cor violeta e equilíbrio do uso da cor preta.

A diminuição do uso do vermelho pode revelar hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, de realização ou de

retraimento defensivo como fuga do mundo exterior. A diminuição do uso de violeta pode indicar negação dos impulsos e da ansiedade e dificuldade na elaboração dos conflitos. E o equilíbrio do uso do preto pode revelar estabilidade e regulação.

Em síntese, na presente investigação, observa-se que o aumento do tempo de abstinência leva a uma diminuição dos estímulos, dificuldade em expressar as emoções, além de repressão dos impulsos e elaboração de conflitos como a evitação de ambientes, pessoas ou situações que levam a estímulos indesejados, porém, com certa capacidade de estabilizar-se e equilibrar-se no mundo.

Além da análise das cores, é possível a interpretação de agrupamentos das cores, de acordo com suas características interpretativas, esses agrupamentos são denominados de síndromes, por tratarem de um conjunto de sinais que, quando unidos, indicam aspectos de personalidade específicos.

Tabela 3. Distribuição da classificação das síndromes

Síndromes	Até 1 ano						Mais de 10 anos					
	↑	%	=	%	↓	%	↑	%	=	%	↓	%
Normal	0	0	0	0	11	100	0	0	0	0	12	100
Estímulo	0	0	0	0	11	100	0	0	1	8,3	11	91,6
Fria	0	0	0	0	11	100	0	0	0	0	12	100
Incolor	0	0	10	90,9	1	9,09	0	0	10	83,3	2	16,6

Legenda: ↑ valores elevados
 = valores médios
 ↓ valores rebaixados

A partir da apresentação dos dados na Tabela 3, observa-se que os resultados das cinco síndromes nos indivíduos com período de menos de um ano abstinentes do álcool, comparados aos resultados das pessoas abstinentes há mais de dez anos, não indicam diferenças. Assim, o tempo de abstinência não gera mudanças nos aspectos interpretados pelas síndromes.

A despeito das semelhanças entre os dois grupos, observou-se que indivíduos dependentes de álcool em abstinência (independente do período) possuem traços de personalidade próprios, indicados nas seguintes características representadas pelas síndromes do Teste das Pirâmides Coloridas:

Observa-se na síndrome de Normalidade maior incidência em valores rebaixados (N=11,N=12), remetendo a baixa capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa desestabilidade e desequilíbrio emocional. Já a síndrome Estímulo apresenta-se maior incidência em valores rebaixados (N=11, N=11), acusando baixa capacidade de extroversão e a de contato afetivo e social. Caracteriza-se a síndrome Fria por maior incidência em valores rebaixados (N=11,N=12), apontando instabilidade emocional, social e afetiva. Para a síndrome Incolor observa-se maior incidência em valores médios (N=10,N=10), significando o equilíbrio dos elementos estabilizadores, cujas funções variam da negação, atenuação ou repressão de estímulos, como também fugas de situações estimulantes.

Para todas as síndromes os valores foram equivalentes aos dois grupos da pesquisa. Tanto para os indivíduos com mais de dez anos abstinentes quanto para os indivíduos com menos de um ano abstinentes as síndromes Normal, Estímulo, Fria e Dinamismo apresentaram valores rebaixados, indicando as seguintes características de personalidade: baixa capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa desestabilidade e desequilíbrio emocional; baixa capacidade de extroversão e a de contato afetivo e social; instabilidade emocional, social e afetiva e baixo aparecimento da trilogia “ação-realização-produtividade”. Em suma, esses indivíduos apresentam fragilidades emocionais, relacionamentos afetivos e sociais de forma superficial, e pouca perseverança, receptividade e elaboração de seus objetivos.

Pode-se ainda analisar o tipo das pirâmides realizadas pelos participantes, que variam em tapetes, formações e estruturas, indicando características de personalidade a partir do modo de colocação das cores nas pirâmides como um todo.

A despeito das semelhanças entre os dois grupos, observou-se que indivíduos com histórico de alcoolismo em abstinência (independente do período) possuem traços de personalidade próprios, indicados nas seguintes características representadas pela classificação de pirâmides do Teste das Pirâmides Coloridas:

Tabela 4. Distribuição da classificação dos tipos de pirâmides

Pirâmides	Até 1 ano		Mais de 10 anos	
	N	%	N	%
Tapetes Puros	2	6,06	7	19,4
Tapetes Desequilibrados	0	0	0	0
Tapetes Furados ou rasgados	12	36,3	14	38,8
Tapetes com Início de ordem	0	0	0	0
Formação em Camadas Monotonais	2	6,06	0	0
Formação em Camadas Monocromáticas	0	0	0	0
Formação em Camadas Multicromáticas	6	18,1	8	22,2
Formação Simétrica	7	21,2	4	11,1
Formação Alternada	1	3,03	1	2,7
Estrutura Simétrica	0	0	0	0
Estrutura em Escada	0	0	1	2,7
Estrutura em Manto	0	0	0	0
Estrutura em Manto Fechado	1	3,03	1	2,7
Estrutura Assimétrica Dinâmica	2	6,06	0	0
Estrutura em Mosaico	0	0	0	0
Total	33		36	

Pode-se verificar maior incidência de pirâmide com forma em Tapetes Furados ou Rasgados (N=12,N=14) que se caracteriza pelo uso do branco em uma única área do esquema ou em diversas áreas, indicando fortes indícios de perturbação grave proveniente de dissociações no curso do pensamento. É possível conjecturar que o abuso de álcool tenha prejudicado os processos cognitivos desses indivíduos, interferindo no encadeamento do pensamento.

Observam-se as mesmas características de prevalência dos tipos de pirâmides para os dois grupos de avaliação contendo, portanto, informações quanto à dissociações no curso do pensamento na maior parte dos entrevistados, durante a aplicação do teste.

Pode-se inferir que as principais características do grupo de indivíduos com mais de dez anos abstinentes são dificuldades em transmitir suas emoções, negando-as ou reprimindo-as no contato social e afetivo, o que gera conflitos, falta de energia e menor resistência ao trabalho e cuidados da vida pessoal. Entretanto, possuem também certo equilíbrio no controle de seus impulsos o que sugere fugas de situações estimulantes,

importante para a permanência do estado de abstinência dos entrevistados, que junto aos grupos conseguem estabelecer adaptação à esfera dos contatos e relacionamentos sociais, de forma mais superficial, devido ao equilíbrio na forma de extroversão bem canalizada, experimentando os sentimentos de vazio, carência afetiva, ansiedade e insegurança junto às pessoas ao seu redor.

Já as principais características atribuídas pela avaliação do grupo de indivíduos com menos de um ano abstinentes são dificuldades em manter condutas adaptadas aos ambientes e relacionamentos, baixa extroversão, instabilidade emocional e baixa produtividade. Ao mesmo tempo, apresentam certa conformação aos contatos sociais, ainda que de maneira mais superficial, controle dos impulsos e ansiedade e dos elementos estabilizadores da personalidade.

Os dois grupos sugerem necessidades afetivas e sociais, como fortalecimento dos estados de equilíbrio quanto às ansiedades e impulsos que o estado de abstinência do álcool presume. Toda a energia é voltada a esta estabilização e, como consequência, outras atividades como trabalho, relacionamentos e atividades diversas perdem a eficácia ou mesmo motivação. A inconstante descarga emocional e labilidade estrutural demonstram a produção de dissociações do pensamento, ora satisfeitos, ora insuficientes.

Discussão

A literatura aponta que indivíduos com algum tipo de dependência a substâncias apresentam traços pessoais característicos que os distinguem dos outros, independentemente da origem cultural e social. Em alguns casos, esses traços precedem o vício; em outros, parecem ser provocados por ele. E mais, verificou-se que os pré-alcoolistas, isto é, antes de se envolverem com as bebidas, já se destacavam dos outros colegas, por serem mais independentes, não-conformistas, impulsivos e descontrolados, apesar de não serem mais desajustados (Oliveira, 2006).

Franco & Villemor-Amaral (2012) e Villemor-Amaral, Silva & Primi (2003) indicaram que no transtorno alcoolista os dados do Teste de Pfister caracterizam-se pela frequência elevada da cor vermelha, indicando voracidade, excitação, irritabilidade, agressividade e impulsividade. Além disso, observaram constância absoluta o uso do verde, azul e violeta, enquanto na aplicação com indivíduos abstinentes de álcool esta cor atingiu valores rebaixados e médios, contrapondo os atributos observados em pessoas que ainda são dependentes desta droga.

A visão psicanalítica quanto ao uso de substâncias psicoativas é a de que todas as toxicomanias, sobretudo, a dependência alcoólica, são atitudes defensivas do ego contra a manifestação de sintomas depressivos. A partir disso, dividem o funcionamento toxicômano em três tipos de personalidade: a de estrutura neurótica, psicótica e depressiva, embora não se possa afirmar que haja uma única estrutura dos comportamentos de dependência (Ribas et al, 2009). Há também as questões relacionadas ao contexto social e grupal, como fator relevante para a constituição da dependência, recaídas e retorno à adicção, situação que necessita ser enfrentada para que haja a constituição de uma nova identidade pessoal e de cidadania, distante do vício (Campos & Ferreira, 2007; Karan, 2003).

Dentre os tapetes realizados pelos participantes desta pesquisa destacou-se o Tapete Furado ou Rasgado, em que uma de suas características está a desorganização do pensamento (Villemor-Amaral, 2005), indicando que, mesmo em abstinência, os sujeitos apresentam as mesmas características de indivíduos ainda dependentes de álcool. A personalidade antissocial é outra característica encontrada em estudos realizados com indivíduos dependentes de álcool, revelando maior gravidade; já portadores de dependências mais longas e severas, são mais jovens e com escassas relações afetivas (Oliveira, 2006), características que se igualam aos sujeitos com diferentes períodos de abstinência estudados.

É possível notar que dentre os traços de personalidade observados em indivíduos com dependência de álcool, como depressão, insegurança, ansiedade, isolamento, introversão, culpa, prejuízo na autoestima e intolerância às frustrações, estão presentes também nos indivíduos com diversos períodos de abstinência, isso se deve ao fato de que, possivelmente, essas características são consequência da dependência química e não anteriores a ela. Isto significa que independente da estrutura mental pode-se originar comportamentos de dependência, pois estudos demonstram que dependentes de substâncias apresentam sentimentos de carência, dificuldade em estabelecer trocas afetivas de forma positiva e dificuldade para se impor diante de outros e de si (Argimon et al., 2013; Gavin et al., 2015; Oliveira, 2006).

No estudo de Villemor-Amaral et al. (2003) conclui-se que o TPC pode ser um instrumento de avaliação psicológica que pode contribuir para o diagnóstico do alcoolismo, apesar de indicarem cautela pela necessidade de outros estudos. Franco e Villemor-Amaral (2012) também assinalam o TPC, em associação com o Teste de Zulliger, na abordagem fenômeno-estrutural, como estratégias sensíveis para a

capacidade dos indivíduos se beneficiarem com o diagnóstico. Na mesma direção, Chueiri (2004), também assinala que os dados dos Testes de Bender e o Psicodiagnóstico Miocinético – PMK, também se mostram sensíveis aos sinais de alcoolismo, principalmente pelo fato dos referidos instrumentos, por serem estratégias gráficas, indicarem sinais de alteração de cunho neurológico.

As mudanças observadas em relação ao tempo de abstinência podem sugerir que com o passar do tempo, a ausência do uso de álcool interfira positivamente em aspectos psicológicos dos dependentes. A despeito dessa questão, a possibilidade de recaída ao vício é grande nos casos de alcoolismo, o que pode dificultar a adesão ao tratamento e o sucesso das ações de intervenção (Rangé & Marlatt, 2008). Além disso, estratégias de orientação profissional, planejamento e motivação para parar de beber e questões de ordem religiosa também podem ser considerados fatores de enfrentamento para a dependência alcoólica (Murta & Tróccoli, 2005)

Considerações finais

Constatou-se que os dois grupos apresentaram necessidades afetivas e sociais, como fortalecimento dos estados de equilíbrio quanto às ansiedades e impulsos que o estado de abstinência do álcool presume. Toda a energia é voltada a esta estabilização e como consequência, outras atividades como trabalho, relacionamentos e atividades diversas diminuem a eficácia ou mesmo a motivação. A inconstante descarga emocional e labilidade estrutural demonstram a produção de dissociações do pensamento, ora satisfeitos, ora insuficientes.

Observou-se também que o aumento do tempo de abstinência leva a uma diminuição dos estímulos, dificuldade em expressar suas emoções, além de reprimir seus impulsos e elaborar seus conflitos como a evitação de ambientes, pessoas ou situações que levam a estímulos indesejados, porém, com certa capacidade de estabilizar-se e equilibrar-se no mundo. Devido à relevância do tema, no sentido de maior compreensão das características psicológicas observadas em indivíduos dependentes de álcool, outros estudos são necessários.

Referências

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V*. (5ª ed.). (M.I.C. Nascimento et al., trad.). Porto Alegre: Artmed.

- Argimon, I.I.L., Terroso, L.B., Farina, M., Moraes, A.A., Lopes, R.M.F., & Querotti, K.L.M. (2013). A intensidade da depressão e a internação de alcoolistas. *Aletheia*, 40, 102-110.
- Campos, G.M., & Ferreira, R.F. (2007). A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista. *Estudos de Psicologia*, 24 (2), 215-225.
- Cervo, A.L., Bervian, P.A., & Silva, R. (2007). *Metodologia científica*. (6ª ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Chueiri, M.S.F. (2004). Estudo comparativo entre os testes psicológicos Bender e PMK no levantamento de indicadores de sequelas neurológicas causadas pelo alcoolismo. *Psic*, 5 (2), 26-35.
- Cunha, J.A. (2003). Catálogo de técnicas úteis. In: J.A. Cunha, J.A. e cols. *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). (pp. 265-266). Porto Alegre: Artmed.
- Dotto Bau, C.H. (2002). Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciências & Saúde Coletiva*, 7 (1), 183-190.
- Ferreira, L.N., Bispo Júnior, J.P., Sales, Z.N., Casotti, C.A., & Braga Junior, A.C.R. (2013). Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (11), 3409-3418.
- Franco, R.R.C. & Villemor-Amaral, A.E. (2012). Validade incremental do Zulliger e do Pfister no contexto da toxicomania. *Psico-USF*, 17 (1), 73-83.
- Gavin, R.S., Reisdorfer, E., Gherardi-Donato, E.C.S., Reis, L.N., & Zanetti, A.C.G. (2015). Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. *Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 11 (1), 2-9.
- Karan, H. (2003). O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. *Revista de Psiquiatria*, 25 (3), 468-474.
- Laranjeira, R., & Ribeiro, M. (2007). A evolução do conceito de dependência química. In: A. Gigliotti & A. Guimarães (Orgs.). *Dependência, compulsão e impulsividade*. (pp. 10-17). Rio de Janeiro: Rusio.
- Lima, J.M.B. (2007). O impacto do álcool na emergência médica. In: A. Gigliotti & A. Guimarães (Orgs.). *Dependência, compulsão e impulsividade*. (pp. 97-103). Rio de Janeiro: Rusio.
- Murta, S.G., & Tróccoli, B.T. (2005). Parando de beber: estágios de mudanças vividos por ex-alcoolistas. *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 157-166.

- Oliveira, J.M.S.L. (2006) *Compreendendo a personalidade do dependente químico no enfoque da Gestalt terapia*. Brasília. Monografia de Conclusão do Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências da Saúde – FACS. Brasília.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10*. (Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português, trad.). (10ª ed. rev.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pulcherio, G., & Bicca, C. (2011). Avaliação dos transtornos comórbidos: Álcool. In: G. Pulcherio et al. (Orgs.). *Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber*. (pp. 117-131). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rangé, B.P., & Marlatt, G.A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (S II), 588-595.
- Ribas, V. R., Andrade, C., Lima, M.D.C. ; Martins, H.A.L., Guerra, R.M., Aniceto, H.K.R., Guerra-Ribas, R.M., Carneiro, S.M.O. & Manhães de Castro, R. (2009). Personalidade do dependente químico. *Neurobiologia*, 72, (3), 65-73.
- Vieira, R.M.T., Serafim, A.P., & Saffi, f. (2007). Prejuízos neurocognitivos na dependência alcoólica: um estudo de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.34, n.5, p.246-250. 2007.
- Villemor-Amaral, A.E. (2015). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A.E., Silva, T.C., & Primi, R. (2003). Indicadores de alcoolismo no Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister. *Psico-USF*, 8 (1), 33-38.

Evidências de validade do Teste Pfister para seleção de pessoal

Aristella Roberta Lemos da Silva

Maria Patricia Cavalcante

Ana Lyra de Lima

Auriane Bezerra de Vasconcelos Souza

IPOG - Instituto de Pós Graduação

Resumo: O teste Pfister é considerado confiável e eficaz auxiliando nos processos de psicodiagnósticos, mas apesar de seu reconhecimento é preciso mais estudos sobre a validade de seus métodos como técnica de avaliação de acordo com os parâmetros de confiabilidade necessários para o âmbito de seleção de pessoal, desta forma é possível verificar sua sensibilidade nos diferentes aspectos no desenvolvimento cognitivo e emocional em seus indicadores psicométricos de personalidade conforme esperado teoricamente. Villemor-Amaral (2013) destaca que para realizar um psicodiagnóstico e avaliação psicológica é importante saber que cada instrumento é capaz de trazer grandes contribuições, mas ao mesmo tempo, apresenta algumas limitações, ou seja, não podem ser retificadas e alçadas ao patamar de verdade sem realizar o devido confronto e integração dinâmica com outras informações relevantes sobre o examinado.

Palavras-chave: *Técnicas psicométricas, psicodiagnóstico, teste projetivo, cognição, validade*

Diante da crescente competitividade no mercado de trabalho contemporâneo e à otimização dos processos visando alcançar melhores resultados e atingir a excelência dos serviços prestados, as empresas buscam cada vez mais acertar na contratação de profissionais a fim de agregar valor ao seu negócio. Segundo Leme (2012), esse processo de transformação exigiu que as organizações otimizassem seus processos de produção e aprimorassem os resultados alcançados, tudo em menor tempo e com maior desempenho. Para isso, foi necessário que as organizações obtivessem profissionais mais competentes e qualificados para desenvolverem suas atribuições em todas as áreas. Consequentemente, o processo seletivo tornou-se mais complexo e competitivo, demandando maior atenção do profissional de recrutamento e seleção que se viu pressionado a desenvolver novas técnicas para tornar o processo mais eficiente e menos dispendioso.

A seleção de pessoas é o processo que busca, dentre os vários candidatos recrutados, aqueles que são mais adequados aos cargos existentes nas organizações, visando manter ou aumentar a eficiência e o desempenho do pessoal, bem como a eficácia da organização, ou seja, preservar ou enriquecer o capital intelectual da organização (Chiavenato, 2008). O processo seletivo acontece através de procedimentos de avaliação e informação planejados estrategicamente e que objetivam identificar dentre os candidatos àqueles que, por características pessoais e/ou profissionais, melhor se adequam às exigências do cargo, à cultura organizacional vigente e às expectativas (atuais e futuras) da organização.

Acompanhando a crescente exigência das organizações para assertividade das contratações, a procura pela avaliação psicológica tem aumentado por parte das empresas, que, preocupadas em investir na qualidade do trabalho realizado por seus funcionários, demonstram compreender a importância dessa avaliação para o alcance de seus objetivos. Dessa forma, a avaliação psicológica vem sendo legitimada como ferramenta indispensável para conhecer o potencial de cada indivíduo, bem como suas competências pessoais e suas limitações, seguindo um critério mais específico do funcionamento da psique humana.

Diante desta necessidade de maior adequação do indivíduo ao cargo pretendido, a avaliação psicológica ganhou maior destaque e amplo espaço nos processos seletivos, sendo uma das atividades exclusivas do psicólogo tal como dispõe o § 1º do Art. 13 da lei brasileira 4.119/62, e pode ser utilizada com diferentes finalidades, sendo algumas delas: diagnóstico, intervenção, orientação psicopedagógica e vocacional, pesquisa e seleção. (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2010).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em sua resolução nº 1 de 19 de abril de 2002, regulamenta a avaliação psicológica em concursos públicos e processos seletivos, definindo-a como um processo realizado através do emprego de procedimentos científicos que possibilitam a identificação de aspectos psicológicos do candidato, objetivando um prognóstico do desempenho nas atividades referentes ao cargo almejado. Nessa resolução é destacada, dentre outros aspectos, a necessidade do uso de instrumentos reconhecidos pela comunidade científica e escolhidos com base no perfil profissiográfico do cargo pretendido. O CFP é órgão responsável pelo controle dos testes psicológicos com o intuito de aprimorar os procedimentos de avaliação por meio da aferição da qualidade dos já existentes, impedindo o uso dos testes de má qualidade.

No que se refere aos testes psicológicos, são instrumentos que têm por objetivo auxiliar na avaliação das características da personalidade, conhecimentos e competências dos candidatos que concorrem a uma vaga, predizendo seu desempenho nas atividades típicas do cargo. Todavia, conseguem avaliar o ser humano num período, num contexto, e numa competência e habilidade, portanto é pertinente pensar avaliação psicológica não como um fim, mas como um meio para se obter resultados.

De acordo com Wechsler (1999), a avaliação psicológica tem por intenção adquirir maior conhecimento do indivíduo a fim de que sejam tomadas determinadas decisões; ela se dá por meio de coleta de dados e interpretações viabilizadas por meio de instrumentos psicológicos. Objetiva obter informações a respeito de diferentes

dimensões psicológicas do indivíduo, tais como: capacidades cognitivas e sensório-motoras, componentes sociais, emocionais, afetivos e motivacionais da personalidade, atitudes, aptidões e valores. Há diferentes técnicas psicológicas que embasam a avaliação psicológica, como testes psicológicos, entrevista psicológica, provas situacionais, dinâmicas de grupo, etc.

Baumgartl, Paganoli e Lacerda (2010) realizaram uma pesquisa em Minas Gerais sobre o uso dos testes psicológicos e a importância dos mesmos em seleção de pessoas e as críticas sofridas por suas limitações. Para avaliar as características dos candidatos é preciso definir objetivos e avaliar os testes em sua função psicométrica, tais como evidências de validade e precisão, investigar na literatura instrumentos disponíveis para cada necessidade desejada atentando para a realidade local, são fundamentais na prática psicológica.

A fim de se verificar se a escolha, e a utilização do teste psicológico em um processo seletivo foram adequadas e satisfatórias, trazendo informações importantes e colaborativas sobre o candidato para o processo de seleção, é fundamental que seja considerada a validade preditiva da ferramenta. A validação do instrumento é essencial e deve ser verificada perante estudos realizados, inclusive a sua adaptação para o nosso país, e pesquisada na lista dos testes recomendados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Wanderley (1985), como citado em Baumgartl et al. (2010), faz referência a no que diz respeito aos critérios para aceitação ou rejeição do candidato, sobre a importância de se ter uma correlação entre o que o teste é capaz de medir e o que a pessoa realmente irá desempenhar.

Pesquisas internacionais realizadas na área de seleção de pessoal são consideradas mais abrangentes. Revisões bibliográficas foram realizadas no período de 1920 a 1971 relacionadas à validação de testes no contexto organizacional, em que os mais utilizados na época foram os de habilidade intelectual, espacial e mecânica, teste de percepção, habilidade motora e traços de personalidade. O critério utilizado foi o percentual de sucesso nas atividades em que os testes de inteligência foram os que apresentaram maiores evidências de validade para as funções analisadas, enquanto que os testes de habilidades motoras e traços de personalidade obtiveram os menores índices. Segundo Schmidt e Hunter (1981), como citado em Baumgartl et al. (2010) realizaram um estudo de meta análise com o objetivo de avaliar se o teste de aptidão apresentaria maiores evidências de validade para algumas funções do que para outras.

Os coeficientes avaliados foram inteligência geral, habilidade verbal, habilidade quantitativa, capacidade de raciocínio, rapidez perceptual, memória, raciocínio espacial e mecânico e aptidão para o trabalho de escritório. Os resultados mostraram que por não haver diferença significativa entre os coeficientes de validade e as funções, entende-se que tal teste é significativo para processos seletivos independente da função exercida.

Outra pesquisa realizada por Barrick e Mount (1991) relacionado aos cinco grandes fatores de personalidade e o desempenho no trabalho, em que encontraram como resultado a dimensão conscienciosidade com traços relacionados a responsabilidade, demonstrou correlação com todos os critérios e funções. Verificar o impacto das fontes de recrutamento e a performance dos funcionários também ocasionou um estudo realizado nos anos 90 com 152 atendentes bancários e recém-contratados. As autoras pontuam em Murphy e Shirella (1997) quanto a relação teste-critério em seleção de pessoal como sendo uma relação linear entre seus escores e a medida de desempenho, mas que tais relações podem ser variadas e o processo de seleção envolver testes e critérios com variáveis diferentes e algumas medidas apresentar maiores associações do que outras.

De acordo com estudo realizado em seleção de pessoal por Schmidt e Hunter (1998) aponta como coeficiente de validade: testes de inteligência geral, provas situacionais, entrevistas, testes de integridade, testes de conscienciosidade, tempo de experiência no trabalho, testes de grafologia, nível de escolaridade, motivação para o trabalho e idade dos sujeitos, sendo utilizadas como medidas de critério a avaliação de desempenho e o nível de produtividade dos funcionários. Os resultados obtidos como mais válidos foram as provas situacionais, os testes de inteligência geral e a entrevista estruturada.

No que diz respeito a estudos no Brasil, Arraes e Ruiz (1983) realizaram uma pesquisa com 48 psicólogos atuantes na área de seleção de pessoas na cidade do Recife. A investigação buscava identificar quais eram os instrumentos mais utilizados, quais testes sugeriam para padronização e a quantidade de sujeitos submetidos ao processo de seleção no período de um ano. Essa pesquisa revelou que nas empresas numa escala de 75 a 100% o teste PMK (Psicodiagnóstico Miocinético) foi o mais presente. Em relação a padronização os testes Pfister e o Psicodiagnóstico de Zulliger foram os mais sugeridos para estudos.

Há nas investigações sobre validação uma sugestão de Baumgartl e Primi (2005) para que haja validação de instrumentos utilizados em seleção de pessoal no contexto

brasileiro, por existir uma grande quantidade de candidatos que se submetem a processos seletivos e a carência de instrumentos padronizados relacionados a seleção de pessoas no Brasil.

Em outro estudo realizado com psicólogos em Brasília teve como objetivo realizar um levantamento sobre as técnicas e instrumentos utilizados na área de seleção de pessoas. Após aplicação do questionário, os resultados revelaram que embora os testes tenham caráter prático devido ao manuseio da técnica a entrevista foi considerada a técnica mais válida. De acordo com Gama, Câmara, Barbosa e Paula (2002 apud Baumgart e col. 2000) discorrem sobre qual instrumento os psicólogos utilizavam na área empresarial. Os resultados revelaram que 100% destes utilizavam testes psicológicos em seleção de pessoal seguida pela avaliação psicológica. Os testes mais utilizados na época eram o Wartegg e o PMK.

Em São Paulo, Pereira, Primi e Cobêro (2003), como citado em Baumgartl et al. (2010) buscaram-se identificar nas empresas os testes mais utilizados em seleção de pessoal e verificar se os profissionais possuíam informações sobre a validade dos mesmos. Os resultados obtidos evidenciaram que os psicólogos utilizam com frequência os testes, mas que não há um acompanhamento dos estudos sobre a relação teste-critério para os cargos exercidos. Há estudos sobre a padronização dos instrumentos e pouco se verifica sobre as evidências de validade dos mesmos no contexto organizacional.

O Conselho Federal de Psicologia regulamenta o uso dos testes, aprovando ou reprovando a partir de suas evidências de validade para a população brasileira, já que muitos deles são de origem estrangeira. Tais instrumentos para serem construídos necessitam ser aplicados a um número suficiente de pessoas para que seja garantida sua representatividade. Isto impede que os testes reprovados não possam ser utilizados pelos profissionais a não ser que passem por reformulações tendo seus requisitos técnico-científicos mínimos para sua reaprovação. Os dados obtidos revelaram que todas as empresas realizam frequentemente avaliação psicológica e em relação aos instrumentos mais utilizados os profissionais fazem uso dos testes. As entrevistas, a grafologia, a análise de currículo e a utilização de dinâmicas de grupo também são utilizadas nas organizações.

Evidenciaram-se os testes mais utilizados como o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) em seleção de pessoal e psicotécnico para obtenção da CNH (Carteira Nacional de Habilitação). Os testes de personalidade mais utilizados são o Zulliger e o Palográfico; o Quati, o Pfister e o Rorschach e o IFP, pelos profissionais psicólogos. Os

de inteligência foi o G36, e o de atenção o AC. Quanto à validade dos testes 50% não conhece o conceito, quanto a descrição do termo metade dos entrevistados refere ao Conselho Federal de Psicologia (CFP) como sendo órgão elaborador, sendo o conceito fornecido por Pasquali (2001) utilizado como critério para correção das respostas.

Quanto ao uso de testes utilizados nas empresas 33% utilizam testes não aprovados ou que não possuem padronização para população brasileira. Sobre a realização de pesquisas na área de avaliação psicológica 88% dos entrevistados foram favoráveis; sobre a viabilidade de investimento em pesquisas 70% afirmaram não ter interesse na área e 30% que possuem interesse não possui condições para isso..

Baumgartl e Primi (2005 apud Baumgart et al. 2010) ressaltam que no Brasil embora haja uma diversidade de testes utilizados em seleção de pessoas, pouco se tem estudado sobre a sua validação, mesmo sendo utilizados em grande escala. Apesar da utilização dos testes psicológicos no processo seletivo serem defendidos por muitos profissionais, ainda enfrentamos uma dificuldade primária no que se diz respeito a falta de formação e capacitação profissional para manuseio dos testes. De acordo com o estudo realizado por Padilha, Noronha e Fagan (2007), com 85 psicólogos organizacionais que atuavam no interior do estado de Santa Catarina na data da pesquisa e eram inscrito no CRP da 12^o região, 50% afirmaram não utilizar os testes psicológicos em sua atuação.

A justificativa foi à falta de domínio e conhecimento da ferramenta, principalmente devido a falhas no processo de formação destes profissionais. Todas as considerações levantadas são importantes para se refletir acerca da condução dos processos que são realizados. É essencial que o profissional atue com objetividade e clareza, a fim de que se reduza a possibilidade de exclusão do candidato ou discriminação deste de acordo com os resultados dos testes.

Vale ressaltar sobre a importância de se continuarem as pesquisas no sentido de contribuir com melhores resultados, incluindo tanto os profissionais que realizarão a pesquisa quanto os profissionais que se submetem a ela, na busca pelos avanços dos serviços na área de avaliação psicológica e da psicologia.

A importância do diagnóstico clínico se deve ao fato de por meio dele ser possível traçar as diretrizes que serão seguidas no processo de atendimento ao paciente, auxiliados pelos instrumentos adequados utilizados e indispensáveis para o sucesso do tratamento. Quando se fala no diagnóstico psicopatológico os recursos além de escassos há uma dificuldade no nível de comprometimento mental das pessoas, que na maioria

das vezes não possuem condições para fazer uso dos recursos existentes refletindo na prática dos profissionais dessa área.

Villemor Amaral (1978) afirma ser o Pfister um instrumento privilegiado na avaliação psicológica por ser um teste de manejo simples. Segundo pontua: “As facilidades do uso desse material são, dentre outras, as seguintes: o pouco tempo gasto para sua aplicação; o caráter lúdico; facilidade de administração; desempenho não verbal podendo ser utilizada por pessoas de todas as idades independente do nível educacional e cultural; rapidez de avaliação”. Em segunda edição traz contribuições quanto a interpretação das cores e destaca o fato de não haverem estudos referentes a psicopatologia, sendo portanto o objetivo deste estudo verificar a validade do Pfister para o diagnóstico psicopatológico do Transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Conforme informa a Associação Americana de Psiquiatria (1994), as obsessões são ideias ou pensamentos que causam sofrimento, são carregados de conteúdos desagradáveis, absurdos e sem conexão com a realidade e as compulsões são os atos repetitivos com o objetivo do indivíduo se ver livre dos pensamentos intrusivos.

Para a realização desta pesquisa 30 pessoas com idade superior a 18 anos participaram, sendo 12 pacientes ligados a instituições de saúde mental diagnosticados pela SCID como portadores de TOC; e um grupo controle de 18 pessoas provenientes da comunidade. Os instrumentos utilizados foram a entrevista clínica estruturada e o teste Pfister. O Pfister possui inúmeras variáveis ligadas a dois aspectos que são a frequência de utilização das cores e a configuração das pirâmides. Na avaliação das cores observou-se a frequência de utilização de determinada cor, sendo os resultados indicativos mais associados ao TOC as formações simétricas e não as estruturas simétricas da disposição das cores. Villemor-Amaral, Silva e Primi (2002) destaca que “Esse dado é igualmente significativo, uma vez que sua presença está relacionada a estados emocionais próprios desse quadro, tais como a falta de estabilidade emocional e forte tensão interna, acompanhados do sentimento de angústia e ansiedade.” Cordioli & Heldt (2000) como citado em Villemor-Amaral et al (2002)., consideram a simetria como fazendo parte dos rituais obsessivos ou compulsivos mais comuns, apresentados pelo indivíduo com TOC.

Diante da pesquisa realizada e dos dados obtidos foi possível afirmar que o Pfister é um instrumento confiável para diagnóstico do Transtorno Obsessivo Compulsivo evidenciados pela frequência de cor e das formações simétricas indicativa do transtorno.

Referências

- Baumgartl, V. O.; Paganoli, A. P. & Lacerda, J. (2010). A utilização de testes psicológicos em organizações de Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(2)
- Chiavenato, I. (2008). *Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. (3 ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). Resolução CFP nº 007/2003. DF Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão. Brasília, 2010. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/09/avaliacao_psicologica_web_30-08-10.pdf>acessos em 05 jul. 2016.
- Leme, R. (2011). *Seleção e entrevista por competências com o inventário comportamental: guia prático do processo seletivo para redução da subjetividade e eficácia da seleção*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Padilha, S.; Noronha, A. P. P. ;Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica*, 6(1) p. 69-76.
- Wechsler, S. M. (1999). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. In S. M. Wechsler, R. L. Guzzo (Orgs.), *Avaliação psicológica: perspectiva internacional* (pp.133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E.; Silva, T. C. da; & Primi, R. (2002). O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister e o Transtorno Obsessivo Compulsivo. *Avaliação Psicológica*, 2, 133-139.

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister: Estudo normativo com motoristas profissionais e candidatos à habilitação

*Raquel Pinheiro Batista
Ana Carolina Tomaz de Araújo
Flávia Araújo de Sousa Spirandelli
Luciana Araújo de Sousa Waismann
Universidade Federal de Uberlândia*

Resumo: As técnicas de avaliação psicológica no trânsito auxiliam na identificação de adequações psicológicas mínimas para a execução de conduzir um veículo automotor, na finalidade de tentar garantir a segurança do condutor, do trânsito e dos demais envolvidos. Uma das técnicas de avaliação utilizada é o teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, criado em 1951 por Max Pfister, na Suíça e normatizada para população brasileira em 1978. Objetivou verificar a frequência das cores, síndromes cromáticas e formas para um novo grupo normativo para motoristas profissionais e de candidatos à habilitação. Foram avaliados 24 motoristas profissionais e 83 candidatos à habilitação, proveniente de uma Clínica de Avaliação credenciada ao Detran, todos voluntários da cidade de Uberlândia, Minas Gerais. Os resultados médios da amostra avaliada foram analisados estatisticamente, em termos descritivos, para motoristas profissionais e para candidatos à habilitação, respectivamente: Azul (18,8%, 20,1%), Vermelho (12,7%, 15,1%), Verde (19,8%, 16,7%), Violeta (7,8%, 11,2%), Laranja (11,8%, 10%), Amarelo (10,4%, 9,7%), Marrom (5,1%, 3,4%), Preto (3,1%, 3,7%), Branco (8,2%, 7,6%) e Cinza (2,5%, 2,6%). E as síndromes: Normal (50,2%, 52,3%) Fria (34,5%, 34,9%), Estímulo (44,2%, 47,8%) e Incolor (13,8%, 13,7%). Com relação ao aspecto formal, houve predomínio de tapetes (75%, 55,4%), em seguida de formações (25%, 33,7%) e, por último, estruturas (10,8%), que apareceu apenas para candidatos à habilitação, na grande maioria executadas com ordenação (58,3%, 51,8%), algumas de modo metódico (33,3%, 26,5%) e outras desordenadas (8,3%, 21,6%). As fórmulas cromáticas mostraram-se respectivamente, a) em amplitude: Ampla (62,5%, 48,1%), Moderada (33,3%, 42,1%) e Restrita (4,1%, 9,63%), b) em variabilidade: Estáveis (58,3%, 63,8%), Flexíveis (33,3%, 25,3%) e Instáveis (8,3%, 10,8%). Conclui-se que existem diferenças entre esses resultados com amostra de 1978 e de 2005, que contribui para uma atualização dos dados normativos do Pfister e maior confiabilidade na avaliação psicológica para aptidão de conduzir um veículo automotor.

Palavras-chave: *Avaliação Psicológica; Psicologia do Trânsito; Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister*

Introdução

A avaliação psicológica é talvez uma das áreas mais antigas da psicologia, surgida em meados da Segunda Guerra Mundial. Com os adventos do desenvolvimento dos testes psicológicos e da psicometria, passa ser uma área da psicologia responsável pela operacionalização das teorias psicológicas em eventos observáveis (Primi, 2010). São utilizadas diferentes técnicas para obtenção de informações e compreensão do funcionamento psicológico da pessoa avaliada, sendo este processo amplo e complexo. A área da avaliação psicológica nos últimos anos vem se expandindo e ganhando a atenção de diferentes ramos da sociedade (Silva & Cardoso, 2012). Segundo Primi (2010) para que a avaliação psicológica tenha atenção recebida é necessário que a área viabilize que as teorias sejam testadas e eventualmente aprimoradas, para que se possa contribuir para a evolução do conhecimento da psicologia. A evolução desses conhecimentos fortalecem outras áreas da avaliação psicológica, por exemplo, a

avaliação psicológica no contexto do trânsito, que surge no final da década de 40, com o crescente número de acidentes automobilísticos. Até hoje, a avaliação psicológica no contexto do trânsito é caracterizada por dificuldades e limitações no exercício profissional, sendo foco de discussão por sua necessidade de estudar os procedimentos e instrumentos que vêm sendo empregados para avaliar candidatos à carteira de habilitação ou na sua renovação (Silva & Alchieri, 2008). As técnicas da avaliação psicológica utilizadas pelos psicólogos do trânsito auxiliam na identificação de adequações psicológicas mínimas para a execução da tarefa de conduzir um veículo automotor, na finalidade de tentar garantir a segurança do condutor, do trânsito e dos demais envolvidos (Sampaio & Nakano, 2011).

As primeiras aplicações de avaliações psicológicas no trânsito datam da década de 1920, ainda a literatura nesse âmbito encontra-se escassa. Há uma estreita relação entre as pesquisas e os instrumentos psicológicos, que por sua vez, se diferem em testes de medidas objetivas e em testes de medidas projetivas. A primeira acessam informações em níveis diferentes dos de medidas projetivas, e esta, gera informações sobre o comportamento e tendências espontâneas. Dentre as medidas projetivas, existe o Teste das Pirâmides Coloridas (TPC), criada em 1951 pelo suíço Max Pfister e normatizado para a população brasileira em 1978. O teste possibilita a compreensão da dinâmica emocional e de alguns aspectos relativos às habilidades cognitivas da pessoa avaliada, definida como uma técnica não verbal, de rápida aplicação, sem características escolares e por não exigir a atenção do avaliado o torna sua aplicação fácil. O teste consiste no preenchimento de quadrinhos coloridos, que fique bonita ao gosto do avaliado, a saber, azul, verde, vermelho, violeta, laranja, amarelo, marrom, preto, branco e cinza, de três esquemas de pirâmides com espaço de 15 quadrículos. As cores azul, verde e vermelho, possuem 4 tonalidades distintas, e a violeta 3 tonalidades, e o laranja, e o amarelo e o marrom, possuem 2 tonalidade, totalizando 24 matrizes de cor. Ao final, o avaliado deverá escolher dentre dos três esquemas de pirâmides que preencheu a que considera mais bonita e a menos bonita (Silva & Alchieri, 2008; Silva & Cardoso, 2012).

Desde sua normatização, diversos estudos utilizando o Pfister foram publicados em seus diversos contextos e seus derivados objetivos, tanto para validação e adaptação para amostra normativa, e outros que apresentam pesquisas comparando grupos critérios com resultados significativos e com hipóteses diagnósticas, demonstrando que a técnica permite evidenciar diferenças entre os grupos pelo uso das cores e pelo aspecto formal

(Silva & Cardoso, 2012). Porém estudos no contexto do trânsito são escassos, tendo até o momento, apenas um estudo (Tawamto & Capitão, 2010) com 100 motoristas, da cidade de Curitiba, com o objetivo de comparar os indicadores de agressividade e irritabilidade, encontradas no Teste, entre os motoristas infratores e não-infratores. Os autores também correlacionaram os indicadores de agressividade e irritabilidade do Pfister dos motoristas com os resultados obtidos do Inventário de Habilidade do Motorista (IHM), Questionário do Comportamento do Motorista (QCM) e da Escala de Irritabilidade do Motorista (EIM). Evidenciaram indicadores de agressividade e de irritabilidade, embora não encontrando diferença na frequência das variáveis do Pfister, entre motoristas infratores e não-infratores. E foram encontradas correlações significativas estatisticamente com a dupla Verde rebaixada e Vermelho aumentado, concorrente por meio das correlações com QCM e EIM. Sugerindo que o teste do Pfister possibilita a identificação a irritabilidade e a agressividade, que constituem fatores de riscos no trânsito. Diante da escassez de estudo no contexto no trânsito com o uso do Teste das Pirâmides Coloridas, faz-se necessário ampliar estudos que possam contribuir para uma atualização das expectativas e maior confiabilidade na avaliação psicológica no trânsito. O estudo objetivou verificar a frequência das cores, síndromes cromáticas e formas para um novo grupo normativo para motoristas profissionais e de candidatos à habilitação, baseando nas normas publicadas em 1978 e de 2005 relativos a estudos normativos da população em geral.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 24 motoristas profissionais do sexo masculino e 83 candidatos à habilitação ambos os sexos, da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, proveniente de uma Clínica de Avaliação Credenciada ao Detran. Os motoristas profissionais com categoria, AC, C, AD, D e E, e candidatos à habilitação para categoria A e/ou B.

Instrumento

O teste das Pirâmides Coloridas de Pfister constituído por três esquemas de pirâmides divididas em 15 quadrículos, cada um medindo 2,5 cm², em papel bege, um conjunto de quadrículos coloridos com 10 cores distribuídas em 24 tonalidades diferentes, havendo no mínimo 45 unidades de cada tom, folha de protocolo e mostruário de cores. O participante preenche um por um cada pirâmide usando as cores

que quiser ao seu gosto. Após o término do preenchimento das três pirâmides é realizado um inquérito para verificar a preferência do candidato. O tempo de aplicação é livre, porém, normalmente não ultrapassa mais de 15 minutos (Villemor-Amaral, 2005).

Procedimento

As aplicações foram realizadas conforme o prosseguimento da rotina da Clínica de Avaliação credenciada ao Detran, com a procura para renovação ou habilitação da carteira de motorista, da seguinte forma: anamnese ou entrevista semi-estruturada, esclarecimento do sigilo das informações obtidas no Pfister e a sua autorização por meio de assinatura de consentimento e os demais teste utilizado na avaliação psicológica. As aplicações e assim como a sua análise foram realizadas por três psicólogas do trânsito e uma estagiária do curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Resultados e discussão

Para análise dos dados visando atingir o objetivo de caracterizar e sistematizar normas avaliativas para motoristas profissionais e para candidatos à habilitação na técnica de Pfister foram realizadas as estatísticas descritivas referentes aos resultados obtidos. Serão mostrados os resultados da amostra de 24 motoristas profissionais e 83 candidatos à habilitação, com tabelas da estatística descritiva, composta de porcentagens médias, desvio-padrão, valor mínimo e máximo, percentil 25, mediana e percentil 75. As variáveis técnicas do Teste de Pfister analisadas foram frequências das cores, das síndromes cromáticas, do aspecto formal, execução e fórmula cromática, comparando aos dados normativos disponíveis de 1978 e 2003.

Tabela 1: Resultados descritivos (em porcentagem média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo, percentil 25, mediana e percentil 75) das cores e síndromes cromáticas utilizadas no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister para motorista profissional (n=24).

Cor/ Síndrome	Média	DP	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Azul	18,8	8,4	0,0	33	13,5	18,0	27,0
Vermelho	12,7	8,9	0,0	38	7,0	12,0	17,3
Verde	19,8	6,3	7,0	31	15,0	20,0	24,0
Violeta	7,8	5,6	0,0	20,0	2,0	7,0	12,5
Laranja	11,8	3,1	5,0	18,0	11,0	11,0	13,0

Amarelo	10,4	5,1	0,0	27,0	7,0	10,0	12,5
Marrom	5,1	3,8	0,0	13,0	2,0	5,0	7,0
Preto	3,1	6,9	0,0	33,0	0,0	2,0	2,0
Branco	8,2	6,2	0,0	20,0	2,8	7,0	15,5
Cinza	2,5	2,8	0,0	9,0	0,0	2,0	5,0
S. Normal	50,2	10,4	24,0	72,0	42,8	51,0	55,8
S. Fria	34,5	10,9	18,0	62,0	26,0	33,0	42,0
S. Estímulo	44,2	11,6	24,0	60,0	38,0	44,2	54,5
S. Incolor	13,8	8,6	0,0	40,0	9,0	15,0	18,0

Tabela 2: Resultados descritivos (em porcentagem média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo, percentil 25, mediana e percentil 75) das cores e síndromes cromáticas utilizadas no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister para candidatos à habilitação (n=83).

Cor/ Síndrome	Média	DP	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Azul	20,1	10,4	2,0	47,0	13,0	18,0	24,0
Vermelho	15,1	7,9	0,0	38,0	11,0	15,0	20,0
Verde	16,7	8,1	0,0	40,0	11,0	15,0	22,0
Violeta	11,2	7,4	0,0	33,0	7,0	11,0	15,0
Laranja	10,0	7,9	0,0	60,0	7,0	9,0	13,0
Amarelo	9,7	5,8	0,0	24,0	5,0	9,0	13,0
Marrom	3,4	4,4	0,0	24,0	0,0	2,0	5,0
Preto	3,7	5,2	0,0	15,0	0,0	2,0	7,0
Branco	7,6	8,1	0,0	36,0	2,0	7,0	11,0
Cinza	2,6	2,9	0,0	9,0	0,0	2,0	5,0
S. Normal	54,3	11,6	21,0	85,0	44,0	52,0	60,0
S. Fria	34,9	10,6	0,0	61,0	29,0	35,0	44,0
S. Estímulo	47,8	13,9	7,0	89,0	42,0	48,0	54,0
S. Incolor	13,7	10,2	0,0	38,0	7,0	13,0	18,0

A frequência das cores na **tabela 1** mostra que a cor Verde (19,8%) foi mais escolhida entre os motoristas profissionais, seguida da cor Azul (18,8%), da cor Vermelha (12,7%), da cor Laranja (11,8%), da cor Amarelo (10,4%), da cor Branca (8,2%), da cor Violeta (7,8%), da cor Marrom (5,1%), da cor Preta (3,1%) e por último

da cor Cinza (2,5%). E na **tabela 2** nota-se que foi a cor Azul (20,1%) a mais escolhida entre os candidatos à habilitação, seguida da cor Verde (16,7%), da cor Vermelha (15,1%), das cores Laranja (10,0%) e Amarela (9,7%), da cor Branca (7,6%), da cor Preta (3,7%), da cor Marrom (3,4%) e por último, a cor Cinza (2,6%). Em conjunto com as frequências das cores, tem-se a estatística descritiva das síndromes tanto para motoristas profissionais tanto para candidato à habilitação. Cada síndrome é formada por um grupo de cores, que juntas resultam significados das cores individualmente. Foram mostradas 4 síndromes principais no teste do Pfister, sendo elas: Normal (Azul + Vermelho + Verde), Fria (Azul + Verde + Violeta), Estímulo (Vermelho + Amarelo + Laranja) e Incolor (Preto + Branco + Cinza). Na **tabela 1** percebe-se que os valores médios das porcentagens da Síndrome Normal (50,2%) e da Síndrome Estímulo (44,2%), são os mais elevados, seguido de menor valor a Síndrome Fria (34,5%) e a Síndrome Incolor (13,8%). E o valor mínimo da Síndrome Incolor foi zero, demonstrando que alguns motoristas não fizeram uso das três cores que constituem a síndrome, a saber, preto, branco e cinza. Da mesma forma na **tabela 2** alguns candidatos à habilitação não fizeram uso dessas cores. Ainda sobre a **tabela 2**, os valores médios das porcentagens mais elevadas nas Síndromes, foram: a Normal (54,3%) e a de Estímulo (47,8%), seguidos de menor valor as Síndromes Fria (34,9%) e a Incolor (13,7%).

Na **tabela 3** consta a comparação entre as expectativas quanto à frequência das cores no estudo de 1978 e no estudo de 2005, com as duas amostras do presente estudo. Como é possível perceber as médias esperadas para a frequência das cores tanto para motoristas profissionais (n=24) e tanto para candidato à habilitação (n=83) se diferem com as obtidas em 1978 e em 2005, tanto por frequência das cores tanto por síndromes cromáticas. O estudo mostra tabelas de duas amostras, o que não se encontra na publicação de 1978. As diferenças foram destacadas em negritos, mesmo que as amostras do presente não correspondam à mesma quantidade do estudo do ano de 2005 e do ano de 1978. É possível fazer menção da diferença dos valores das médias do ano de 2005 com a amostra de candidatos à habilitação, como se nota na frequência da cor Azul, da cor Vermelha, da cor Verde e da cor Violeta, mostrando uma nova expectativa para o Teste das Pirâmides Coloridas do Pfister. Assim como, se nota para as Síndromes Fria e de Estímulo, para ambas as amostras do estudo.

Tabela 3: Frequência das cores para grupos normativos de 2005 e 1978 com os dados atuais para motoristas profissionais e candidatos à habilitação.

Cor/Ano	2005	1978	Motoristas Profissionais	Candidatos à CNH
Azul	18,1	17,9	18,8	20,1
Vermelho	13,6	15,5	12,7	15,1
Verde	19,7	18,7	19,8	16,7
Violeta	8,5	6,5	7,8	11,2
Laranja	10,8	8,6	11,8	10,0
Amarelo	9,5	11,0	10,4	9,7
Marrom	4,0	7,3	5,1	3,4
Preto	4,5	5,0	3,1	3,7
Branco	8,3	5,0	8,2	7,6
Cinza	2,9	2,5	2,5	2,6
S. Normal	51,3	50,4	50,2	52,3
S. Fria	46,3	46,0	34,5	34,9
S. Estímulo	33,9	34,4	44,2	47,8
S. Incolor	15,8	13,0	13,8	13,7

A frequência da cor azul pode representar controle e adaptação e a frequência da cor verde, se relaciona com o contato e com a esfera afetiva, que pode indicar sensibilidade emocional na amostra de motoristas profissionais, encontra partida na amostra para candidato à habilitação, a frequência da cor verde está diminuída. Enquanto a cor marrom apresentou diminuição na amostra de candidatos à habilitação em relação à amostra de 1978, o que pode representar menor disposição pessoal. O branco e o violeta apresentaram-se aumentados para candidatos à habilitação com a amostra de 1978, o que pode caracterizar uma impulsividade e reatividade afetiva menos elaborada, bem como a presença de sinais de ansiedade. Enquanto a síndrome estímulo apresentou aumentada tanto para amostra de motoristas profissionais como para amostra de candidatos à habilitação em relação à amostra de 1978, indicando extroversão e contato social. E na diminuição na síndrome fria para ambas as amostras em relação à amostra de 1978, indicando a diminuição das elaborações dos estímulos externos e internos.

Com relação ao aspecto formal na amostra de motoristas profissionais e de candidatos à habilitação, houve respectivamente, predomínio de tapetes (75%, 55,4%),

em seguida de formações (25%, 33,7%) e, por último, estruturas (10,8%), que apareceu apenas para candidatos á habilitação, na grande maioria executadas com ordenação (58,3%, 51,8%), algumas de modo metódico (33,3%, 26,5%) e outras desordenadas (8,3%, 21,6%). As fórmulas cromáticas mostraram-se respectivamente, a) em amplitude: Ampla (62,5%, 48,1%), Moderada (33,3%, 42,1%) e Restrita (4,1%, 9,63%), b) em variabilidade: Estáveis (58,3%, 63,8%), Flexíveis (33,3%, 25,3%) e Instáveis (8,3%, 10,8%).

Considerações finais

O estudo verificou a frequência das cores, síndromes cromáticas e formas para um novo grupo normativo para motoristas profissionais e de candidatos à habilitação, para uma atualização dos dados normativos do Pfister. As diferenças encontradas não podem ser atribuídas ao acaso, se faz necessário esforço para ampliar o estudo com outras variáveis, como socioculturais relacionadas a esta modificação nas vivências afetivas e na organização da personalidade, para contribuir na maior confiabilidade na avaliação psicológica para aptidão de conduzir um veículo automotor. Pode-se, dessa maneira, pensar que os atuais achados poderão contribuir com a área da avaliação psicológica no contexto trânsito, apesar de colhidos numa região específica. Também se considera que este estudo poderá colaborar com a compreensão sobre a avaliação psicológica no contexto do trânsito lançando luz ou sugerindo direções de investigação acerca de processos psicológicos envolvidos na personalidade humano, auxiliando na identificação de adequações psicológicas mínimas para a execução de conduzir um veículo automotor, na finalidade de tentar garantir a segurança do condutor, do trânsito e dos demais envolvidos.

Referências

- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 26(n. esp.), 25-35.
- Sampaio, M. H. L. & Nakano, T. C. (2011). Avaliação psicológica no contexto do trânsito: revisão de pesquisas brasileiras. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(1), 15-33.
- Silva, L. M. & Cardoso, L. M. (2012). Revisão de pesquisas brasileiras sobre o Teste de Pfister. *Avaliação Psicológica*, 11(3), 449-460.

- Silva, F. H. V. C. & Alchieri, J. C. (2008). Revisão das pesquisas brasileiras em avaliação psicológica de habilidades e inteligência de condutores. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 57-64.
- Tawamoto, J. M. & Capitão, C. G. (2010). Evidência de Validade do Teste de Pfister: Agressividade e Irritabilidade em Motoristas. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, 1(1), 40-65.
- Villemor-Amaral, A. E. (2005). *O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister*. São Paulo: CETEPP.

Tonalidades afetivas na obesidade infantil

*Rodolfo Mihara
Carmem Gil Coury
Sonia Regina Pasian*

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

Resumo: A complexidade e multideterminação da obesidade infantil exigem estudos em diferentes perspectivas, buscando compreender as múltiplas facetas do quadro e promover adequadas estratégias interventivas e preventivas do mesmo, sobretudo diante da elevação em sua incidência. O presente trabalho objetivou identificar indicadores do funcionamento afetivo de crianças com obesidade em relação a eutróficas a partir de método projetivo de avaliação psicológica. Foram examinadas 58 crianças de sete a 11 anos, regularmente matriculadas em estabelecimentos públicos de ensino, residentes em Ribeirão Preto e região, sem limites cognitivos, divididas em dois grupos, a saber: Grupo 1 (grupo clínico), composto por 28 crianças em tratamento para obesidade, e Grupo 2 (grupo de comparação), composto por 30 crianças eutróficas. Os grupos foram balanceados em idade, sexo e ano escolar. As crianças foram individualmente avaliadas por meio do Teste de Pfister, aplicado e analisado conforme diretrizes técnicas de seu manual. Os resultados foram tratados descritiva e analiticamente, comparando-se os dados médios de G1 e G2, com destaque, nesse trabalho, para porcentagens das escolhas cromáticas e das síndromes cromáticas, aspectos formais e execução das pirâmides, além da fórmula cromática. A cor mais frequente em G1 foi verde, enquanto em G2 foi azul. A menor média de cor utilizada, tanto em G1 quanto G2, foi da cor cinza. Ressalta-se ainda como síndrome de maior média nos dois grupos (G1 e G2) a síndrome normal. A síndrome de menor média, em ambos os grupos, foi a síndrome incolor. A única cor que foi utilizada com diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos foi o preto, maior em G2. No tocante aos aspectos formais, de execução e da fórmula cromática notou-se indicadores sugestivos de maior mobilização afetiva e estratégias defensivas racionais em G1, o que pode dificultar processos criativos, produtivos e de contato interpessoal na dinâmica dessas crianças, quando comparadas às crianças eutróficas. No entanto, ressalta-se inexistir diferenças estatisticamente significativas na quase totalidade das variáveis do Pfister estudadas, sugerindo preservação dos recursos afetivos, sem indicadores claros de especificidades na coordenação das emoções em G1, como teoricamente postulado (CNPq).

Palavras-chave: Obesidade, Crianças, Avaliação Psicológica, Métodos Projetivos, Personalidade.

Introdução

Observa-se, em âmbito mundial, crescente incidência da obesidade e do sobrepeso nos indivíduos de diferentes culturas, com grande impacto negativo na saúde geral. A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization - WHO, 2012) define obesidade como exagerado e anormal acúmulo de gordura, de modo a prejudicar a saúde, atingindo o quinto lugar entre os maiores riscos globais para morte. Informa ainda que 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano de problemas decorrentes desse quadro clínico. Além disso, a obesidade predispõe o indivíduo a inúmeras comorbidades como diabetes, problemas cardíacos, a maior chance de morte prematura e a incapacitação na vida adulta.

A incidência da obesidade e do sobrepeso também se elevou exageradamente na infância, colocando grande parcela da população em risco para outros desequilíbrios na saúde, ao longo do desenvolvimento. Além desses riscos futuros, as crianças obesas experimentam dificuldades respiratórias, aumento da chance de fraturas, hipertensão,

marcadores precoces de doenças cardiovasculares, resistência à insulina e negativos efeitos psicológicos (WHO, 2013). Visto isso, a obesidade infantil é apontada como um dos mais sérios desafios à saúde, sendo que em 2010 o número de crianças obesas ou com sobrepeso superava a faixa de 42 milhões, mundialmente, ainda segundo a Organização Mundial de Saúde.

Há claras evidências de alta correlação entre obesidade na infância e sua ocorrência na idade adulta, bem como o desenvolvimento de síndromes metabólicas ao longo da vida (Sun, Liang, Huang, Daniels, Arslanian, Liu, Grave & Siervogel, 2008). Nesse sentido, diversos trabalhos apontam para a importância do tratamento e prevenção da obesidade ainda na infância, favorecendo a manutenção de hábitos e cuidados saudáveis durante toda a vida (Hesketh & Campbell, 2010).

No contexto brasileiro, a incidência de excesso de peso em crianças de cinco a nove anos cresceu de forma mais significativa quando comparada a outras faixas etárias durante os últimos anos. Os dados confirmam também a incidência da obesidade acima de 10% entre crianças nesta faixa de idade, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Frente ao preocupante contexto descrito, inúmeros estudos buscam compreender a obesidade infantil em suas múltiplas facetas, de forma a desenvolver estratégias interventivas e preventivas mais eficientes. A avaliação psicológica insere-se neste campo, como recurso técnico útil para evidenciar a complexidade desse fenômeno, de forma a dar visibilidade a diversas variáveis de difícil identificação envolvidas no quadro.

Uma diretriz existente na literatura científica nessa área é a caracterização psicológica de crianças com obesidade, onde ganham destaque fatores referentes à expressão internalizada e externalizada de dificuldades emocionais (Puder & Munsch, 2010). No tocante ao primeiro grupo de fatores associados à obesidade, são identificados problemas relacionados a depressão, ansiedade, somatizações, baixa autoestima, insatisfação com o corpo e dificuldades de socialização. Quanto a dificuldades vinculadas à externalização de vivências que se associam de alguma forma com a obesidade, são referenciadas: instabilidade no controle da impulsividade, geralmente relacionada a comportamentos alimentares compulsivos em crianças, hiperatividade, agressividade. No entanto, tais resultados não se mostram conclusivos em revisões de literatura sobre o tema (De Niet & Naiman, 2011; Incledon, Wake & Hay, 2011; Puder & Munsch, 2010).

Especificamente sobre a faixa etária infantil e no contexto do Brasil, o estudo de Campos, Sigulem, Moraes, Escrivão e Fisberg (1996) objetivou avaliar características intelectuais de 65 crianças obesas de oito a 13 anos, por meio das Escalas Wechsler. O grupo de comparação contou com 35 crianças eutróficas e foi balanceado ao grupo clínico em termos da faixa etária, série escolar e nível socioeconômico, diminuindo variáveis intervenientes. Foi possível verificar desempenho intelectual significativamente superior no grupo eutrófico, principalmente em termos de velocidade e destreza. Todavia, os autores apontaram para a limitação do estudo relacionada ao controle das variáveis emocionais intervenientes no processo do funcionamento intelectual, o que impossibilita afirmar a superioridade cognitiva ao grupo de comparação. Ressaltaram ainda a vinculação da função intelectual com as outras funções psíquicas e a necessidade de compreensão destas em um sistema dinâmico.

Por sua vez, Simões e Meneses (2007) visaram comparar o autoconceito em crianças obesas comparativamente a crianças eutróficas. Sua amostra foi composta por 100 crianças de oito a 12 anos, das quais 45 eram obesas. Utilizaram como estratégias de coleta de dados: questionários sociodemográfico e clínico, além do *Self-Perception Profile for Children* (SPPC). Seus achados evidenciaram autopercepção de menor competência para atividades esportivas por parte das crianças obesas e mais negativa quanto a aspectos físicos. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto a autopercepção de capacidade acadêmica, aceitação social e autoestima global. Sinalizaram que crianças obesas tendem a se sentirem mais insatisfeitas com a aparência física, fenômeno descrito no estudo como consequência da valorização social do ideal de magreza. Seus resultados apontaram ainda média acadêmica superior no grupo de obesos, embora sem diferir significativamente das crianças eutróficas. Simões e Meneses (2007) formularam a hipótese de existência de mecanismos cognitivos compensatórios nas crianças com obesidade, mas que não parecem ter influência em sua autoestima.

De Oliveira Chiorlin, de Magalhães, Wlasenko, Raso e Navarro (2007) estudaram a relação entre desempenho escolar e características psicológicas em crianças com diferentes estados nutricionais. Realizaram estudo transversal com 60 crianças de sete a 10 anos classificadas como eutróficas (n=20), desnutridas (n=20) ou obesas (n=20), classificadas a partir do Índice de Massa Corporal (IMC). Os grupos foram comparados em relação ao rendimento das crianças nas matérias de português e matemática em dois bimestres escolares e também por meio da avaliação projetiva pelo

Desenho de Figura Humana (DFH). Não foram encontrados indicadores de relevante diferenciação entre os grupos de crianças no tocante ao desempenho acadêmico e em suas produções gráficas, o que pode ter sido mascarado, segundo os autores, por outras possíveis variáveis não controladas, como dinâmica de aprendizado e ambiente familiar. Apontam inexistir dados consistentes sobre o tema na literatura nacional, exigindo novos investimentos nessa direção.

Já numa perspectiva clínica de orientação psicodinâmica, Mishima e Barbieri (2009) realizaram estudo para examinar possível prejuízo no brincar de crianças com obesidade quanto a sua expressão da criatividade. O trabalho contou com cinco estudos de caso de meninos de sete a 10 anos, clinicamente diagnosticados com obesidade. Recorreram aos métodos projetivos de avaliação psicológica: Teste do Desenho da Figura Humana (DFH) e o Teste de Apercepção Temática Infantil - forma animal (CAT-A), além de observações clínicas de sessão ludodiagnóstica, para registro do brincar e da expressão de criatividade dessas crianças. Os achados foram sugestivos de dificuldade, por parte das crianças avaliadas, em criar, brincar e deixar sua imaginação fluir de forma natural. As pesquisadoras interpretaram suas evidências no sentido de que o brincar das crianças com obesidade pareceu se constituir em dramatização da angústia (função catártica) mais do que uma experimentação do mundo a seu redor. O estudo explicita a necessidade de intervenções psicoterápicas nas crianças com obesidade, no sentido de recuperação da capacidade criativa como essencial para um estar-no-mundo de forma verdadeira, uma vez que também foi identificado sinais de falso-self em três dos cinco estudos de caso.

Destaca-se também o estudo de Hilbert, Winfried, Tuschen-Caffier, Zwaan e Czaja (2009) que focalizou, como variável central, a alimentação compulsiva em crianças de oito a 13 anos (n=59) e suas possíveis associações com o dinamismo psíquico. Recorreram a entrevistas, com objetivo de investigar pensamentos e sentimentos vivenciados por crianças obesas antes e depois de situações de alimentação, caracterizadas como descontroladas. Apontaram que tais situações eram precedidas e sucedidas por cognições a respeito de comida e relacionadas à imagem corporal. Entretanto, constataram frágeis evidências de estados de humor negativos antecedendo a perda de controle diante da comida. Concluíram, assim, que seria necessário investigar, de forma aprofundada, a suposta associação de dificuldades de regulação do afeto e comportamento alimentar em crianças, visto que os dados empíricos não sustentaram

tão claramente esse tipo de vinculação direta (descontrole emocional associando-se a descontrole alimentar).

Evidenciam-se, portanto, importantes avanços na compreensão da obesidade infantil, ainda que existam controvérsias entre autores, cujo interesse tem sido focado prioritariamente em questões psicopatológicas e suas variáveis clínicas associadas. Assim, muito ainda precisa ser feito no sentido de explorar e descrever a organização e funcionamento psíquico desses indivíduos em claro processo de desenvolvimento. Tais investigações possuem importante potencial na compreensão da obesidade, possibilitando a elaboração de intervenções baseadas também em aspectos estruturais e na dinâmica psíquica desses indivíduos, com enfoque preventivo e não apenas clínico, o que pode favorecer o pleno aproveitamento dos recursos infantis.

Diante da complexidade e multifatoriedade da obesidade infantil, o presente estudo focalizou variáveis vinculadas ao funcionamento afetivo de crianças, na perspectiva de examinar indicadores associados ao fenômeno. A literatura científica aponta, em crianças com obesidade, eventual instabilidade na organização das vivências afetivas, com parcial aproveitamento dos recursos (Oliveira & Santiago, 1987; Simões & Meneses, 2007) e presença de mecanismos defensivos compensatórios. Diante desse contexto, tem-se como hipótese de estudo a existência de desregulações afetivas em crianças com obesidade, comparativamente a crianças eutróficas.

Objetivo

O presente trabalho objetivou identificar indicadores do funcionamento afetivo de crianças com obesidade em relação a eutróficas, a partir de método projetivo de avaliação psicológica. Desse modo, procurou-se caracterizar e comparar indicadores do funcionamento afetivo em crianças com obesidade e eutróficas a partir do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, analisando-as em relação a grupo normativo de crianças de mesma faixa etária.

Método

Participantes

A investigação foi realizada com amostra de conveniência, composta por 58 crianças entre sete e 11 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculadas em escolas públicas do ensino fundamental e residentes no interior do Estado de São Paulo. Como

critério de inclusão na amostra foi utilizado o nível intelectual dos participantes, examinado a partir do Teste das Matrizes Coloridas de Raven (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999). Adotou-se como critério de exclusão no estudo a pontuação inferior ao percentil 25 (caracterizando desempenho abaixo da média em termos intelectuais), sendo incluídas no estudo apenas crianças classificadas com nível intelectual médio ou acima da média (percentil igual ou superior a 25) e com adequado acompanhamento de seu ano acadêmico na instituição escolar. Foram também critérios de exclusão da amostra crianças que apresentaram comorbidades clínicas como diabetes, síndromes metabólicas ou qualquer outro quadro médico-clínico crônico. Esses critérios de seleção foram adotados de modo a se evitar variáveis de interferência nos resultados da avaliação psicológica, voltada para estudo comparativo de dois grupos de crianças, sendo um clínico e outro eutrófico.

A subdivisão das crianças nos dois grupos foi organizada a partir da seguinte estratégia: a) Grupo Clínico (G1), composto por 28 crianças com obesidade (segundo critérios da Organização Mundial de Saúde e em tratamento clínico para obesidade); b) Grupo de comparação (G2), com 30 crianças eutróficas (aquelas com adequado peso para a altura e idade, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde).

Ambos os grupos foram distribuídos de forma balanceada em termos de sexo, idade e ano acadêmico. Prevaleram crianças de nove e dez anos na amostra, porém com número similar aos sete e oito anos. Somente aos 11 anos é que houve apenas uma criança em cada grupo. A comparação estatística da distribuição dos dois grupos (teste *t* de *Student*) em termos de médias etárias não apontou diferenças significativas entre G1 e G2. Dessa forma, fortaleceu-se a possibilidade comparativa dos resultados das crianças no método projetivo de avaliação psicológica, tendo em vista sua similaridade nessas características examinadas, reforçando os objetivos propostos neste trabalho.

Materiais

Para o desenvolvimento do presente estudo inicialmente foram utilizados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pais ou respectivos responsáveis das crianças voluntárias, e um Termo de Assentimento para as crianças convidadas ao estudo. Recorreu-se ao uso do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven para avaliação do nível intelectual dos voluntários, utilizado como um dos critérios de seleção para o estudo. Esta técnica foi estudada no contexto do Brasil por

Angelini, Alves, Custódio, Duarte e Duarte (1999), sendo este o referencial técnico e normativo adotado no presente trabalho.

Como método de investigação de características do funcionamento afetivo-social infantil, foco deste estudo, trabalhou-se com o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. O manual técnico de referência para aplicação e análise desse instrumento foi o manual elaborado por Villemor-Amaral (2014).

Procedimentos

Após a devida análise e aprovação do estudo por um Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, os pesquisadores realizaram convites a instituições de saúde e de educação da região de Ribeirão Preto (SP) para participarem do estudo. Após contatos iniciais para apresentação do projeto e de seus objetivos, obteve-se a devida autorização ao trabalho em dois serviços de atendimento clínico a crianças em tratamento para obesidade e em uma escola pública, de onde foram retirados os participantes (amostra de conveniência), tendo em vista os critérios de seleção anteriormente apontados.

Pacientes diagnosticados com obesidade e que se encontravam em tratamento nutricional com equipe médica especializada na instituição colaboradora foram convidados a participar do estudo mediante autorização dos responsáveis, compondo o grupo clínico (Grupo 1). Paralelamente, uma escola de ensino fundamental viabilizou a possibilidade de constituição do grupo eutrófico (Grupo 2), que foi submetido aos mesmos procedimentos éticos e técnicos de G1.

Após o estabelecimento de apropriado rapport, os instrumentos de avaliação psicológica foram aplicados às crianças, em sessões individuais, conforme específicas diretrizes técnicas de seus manuais, na seguinte ordem: Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e Teste de Pfister, totalizando aproximadamente 30 minutos de atividades com cada participante, embora sem tempo limite para sua realização. A aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica ocorreu em sala adequada para esses procedimentos nos respectivos locais em que as crianças se encontravam (ambulatório de saúde e escola).

Os dados obtidos com cada instrumento de avaliação psicológica foram devidamente organizados e classificados, a partir de seus específicos manuais técnicos, selecionando-se as seguintes variáveis:

- Teste das Matrizes Coloridas de Raven: pontos brutos e percentis, com classificação diagnóstica do potencial cognitivo.

- Teste de Pfister: frequências das escolhas cromáticas, das síndromes cromáticas, aspectos formais (execução, colocação, tipos de formação) e fórmula cromática (amplitude e variabilidade).

Esses resultados foram sistematizados em planilhas de programa computacional (Microsoft Excel). Posteriormente foram transpostos para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas desses conjuntos de dados, considerando-se tanto o grupo clínico (Grupo 1), quanto o eutrófico (Grupo 2). A seguir foram comparados os resultados médios de G1 e G2 nas variáveis quantitativas selecionadas (teste de *t* de *Student*, $p \leq 0,05$) e também para as variáveis nominais (teste qui-quadrado, $p \leq 0,05$). O processo de análise dos resultados foi desenvolvido de forma a se alcançar os objetivos propostos, focalizando variáveis consideradas relevantes para a compreensão da obesidade vinculada ao funcionamento afetivo infantil, a partir dos dados do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

Por fim, foram comparados os resultados de cada criança de G1 e de G2 em relação aos parâmetros normativos disponíveis do Teste de Pfister (Villemor-Amaral, 2014). Cada resultado foi classificado como compatível, inferior ou superior à média normativa, contando-se a frequência das crianças em cada classificação. Posteriormente, comparou-se a distribuição desses indivíduos de G1 e de G2 nessas variáveis, de modo a verificar similaridade ou não em relação às expectativas normativas dos instrumentos utilizados.

Resultados e Discussão

No tocante às escolhas cromáticas e suas combinações (síndromes cromáticas) no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, foi possível sistematizar os resultados conforme mostra a Tabela 1. Constam aí os dados em porcentagem média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo em cada uma dessas variáveis do Pfister, além de sua comparação estatística.

Tabela 1: Resultados descritivos (em porcentagens) e comparação estatística dos grupos nas cores e síndromes do Teste de Pfister.

Cores Pfister	Grupo*	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	<i>t</i>	<i>p</i>
Azul	G1	13,57	6,96	13,33	0	18,89	-1,25	0,216
	G2	15,56	5,02	16,67	0	24,44		
Vermelho	G1	15,63	11,18	15,56	0	46,67	0,27	0,788
	G2	15,04	4,55	15,56	6,67	26,67		
Verde	G1	17,78	8,27	17,78	0	37,78	1,95	0,056
	G2	14,52	3,77	13,33	6,67	22,22		
Violeta	G1	11,67	7,20	11,11	0	33,33	-1,07	0,289
	G2	13,56	6,24	15,56	0	22,22		
Laranja	G1	10,32	7,31	11,11	0	33,33	1,74	0,086
	G2	7,70	3,58	7,78	0	15,56		
Amarelo	G1	14,29	14,76	8,89	0	66,67	1,71	0,092
	G2	9,48	4,12	11,11	0	17,78		
Marrom	G1	4,84	4,36	4,44	0	17,78	-1,99	0,051
	G2	7,93	7,00	6,67	2,22	40,00		
Preto	G1	3,97	4,16	4,44	0	15,56	-2,09	0,041
	G2	6,59	5,27	4,44	0	22,22		
Branco	G1	4,13	4,51	2,22	0	20,00	-0,96	0,340
	G2	5,11	3,20	4,44	0	13,33		
Cinza	G1	3,57	3,39	2,22	0	11,11	-1,17	0,247
	G2	4,52	2,77	4,44	0	13,33		
Síndrome Normal	G1	46,98	14,18	46,67	0	75,56	0,65	0,520
	G2	45,11	6,86	46,67	31,11	60,00		
Síndrome Estímulo	G1	40,24	16,09	33,33	22,22	100,00	2,55	0,014
	G2	32,22	6,00	32,22	17,78	44,44		
Síndrome Fria	G1	43,02	11,99	44,44	0	66,67	-0,21	0,830
	G2	43,63	9,67	45,56	11,11	57,78		
Síndrome Incolor	G1	11,67	6,62	11,11	0	24,44	-2,61	0,012
	G2	16,22	6,68	15,56	4,44	33,33		

* G1 = Grupo clínico (n = 28); G2 = Grupo de comparação (n=30).

Nota-se que nos dois grupos de crianças as cores com maior frequência correspondem às três cores mais presentes em dados normativos para crianças, respectivamente o azul, o verde e o vermelho (Villemor-Amaral, 2014). Há, portanto, pistas de que suas escolhas cromáticas acompanham o esperado para sua faixa etária, sugerindo índices de adequado desenvolvimento afetivo.

A única cor que foi utilizada com frequência estatisticamente distinta entre os dois grupos foi o preto, significativamente maior em G2. Houve tendência à diferença estatística entre os grupos no uso das cores verde, laranja, amarelo e marrom, com predomínio de verde, laranja e amarelo em G1 e do marrom em G2. As diferenças citadas nestas cores podem ser indicativas de maior mobilização emocional e necessidades de contato afetivo em G1. Ao avaliar tal disposição em conjunto com a tendência ao menor uso da cor marrom e ao menor preto por parte de G1, sugere-se menor coordenação e estabilidade nas vivências afetivas das crianças com obesidade (Villemor-Amaral, 2014). Dessa forma, G1 fornece indícios de maior interesse e necessidade em relações interpessoais, mas com menor controle emocional e menos estabilidade para canalização desta energia de maneira adaptativa.

Vale analisar essas diferenças identificadas nas escolhas das cores feitas pelas crianças de G1 e G2 em conjunto com suas síndromes cromáticas. Notou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos na Síndrome Estímulo e na Síndrome Incolor, sendo que o grupo clínico apresentou frequência maior da Síndrome Estímulo e o grupo eutrófico maior incidência da Síndrome Incolor. Correspondem, portanto, a indícios de menos estabilizadores internos para lidar com os estímulos da realidade, reduzindo possibilidades repressivas e de autocontrole no grupo clínico (G1), novamente mais mobilizado afetivamente do que as crianças eutróficas (G2 com sinais de maior autocontrole).

Foram também examinados aspectos formais da produção das crianças diante do Teste de Pfister para verificar possíveis diferenças entre os grupos. Os dados referentes ao conjunto de Tapetes, Formações e Estruturas podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2: Resultados descritivos (frequência simples e porcentagem) e comparação estatística dos grupos em função do aspecto formal das pirâmides do Teste de Pfister.

Aspectos Formais	G1		G2		Total		Comparação estatística	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Tapete	54	64,3	73	81,1	127	73,0		
Formação	28	33,3	17	19,9	45	25,9	7,333	0,026
Estrutura	2	2,4	-	-	2	1,1		
Total de pirâmides	84	100,0	90	100,0	174	100,0		

* G1 = Grupo clínico (n = 28); G2 = Grupo de comparação (n=30).

A análise da distribuição das pirâmides construídas pelas crianças de G1 e de G2 mostrou-se estatisticamente diferenciada em termos de número de Tapetes, Formações e Estruturas. Nota-se predomínio dos tapetes nos dois grupos, compatível com a faixa etária das crianças avaliadas. No entanto, ao se observar a proporção das pirâmides dentro do tipo formação, vê-se que elas ocorreram com maior frequência em G1 (28 em G1 e 17 em G2). Isso é sugestivo de funcionamento lógico mais sistematizado, com maior utilização dos aspectos formais do ambiente nas crianças com obesidade. Esse achado, embora específico, pode indicar mecanismos internos compensatórios em G1, do tipo lógico e formal, como estratégias de autocontenção das necessidades afetivas.

A Tabela 3, a seguir, apresenta os dados referentes aos modos de execução das pirâmides do Teste de Pfister.

Tabela 3: Resultados descritivos (frequência simples e porcentagem) e comparação estatística dos grupos em função dos modos de execução das pirâmides do Teste de Pfister.

Modo de Execução	G1 (n=28)		G2 (n=30)		Total		Comparação estatística	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Metódica	12	42,9	17	56,7	29	50,0		
Ordenada	16	57,1	13	43,3	29	50,0	1,105	0,293
Desordenada	-		-		-			

Não foram verificadas diferenças significativamente estatísticas entre G1 e G2 em termos da distribuição dos modos de execução das Pirâmides do Pfister. No entanto,

pode-se comentar que houve mais crianças do grupo clínico que trabalharam de modo ordenado, enquanto que o grupo das crianças eutróficas predominou uma maneira rígida/metódica de executar as pirâmides. Poder-se-ia pensar esse achado, mais uma vez específico, como sugestivo de maior disciplina em G2 para lidar com os estímulos da realidade. Nesse sentido, as crianças de G1, embora também organizadas em seu trabalho, deram pistas de menor sistematização em seu funcionamento lógico.

Em sequência da análise dos dados do Teste de Pfister são apresentadas as informações relativas à classificação da Fórmula Cromática em termos de Amplitude e Variabilidade. Esses resultados compõem a Tabela 4.

Tabela 4: Resultados descritivos (frequência simples e porcentagem) e comparação estatística dos grupos em função da amplitude e variabilidade das fórmulas cromáticas do Teste de Pfister.

Fórmula Cromática		G1 (n = 28)		G2 (n = 30)		Comparação estatística	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Amplitude	Ampla	21	75,0	28	93,3	3,735	0,154
	Moderada	4	14,3	1	3,3		
	Restrita	3	10,7	1	3,3		
Variabilidade	Estável	4	14,3	4	13,3	5,962	0,051
	Flexível	17	60,7	25	83,3		
	Instável	7	25,0	1	3,3		

Não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre os grupos em ambos os critérios de classificação das Fórmulas Cromáticas (Amplitude e Variabilidade). Ambos os grupos estudados apresentaram maiores frequências de Fórmulas Cromáticas Amplas e Flexíveis. Todavia, houve tendência à diferença estatisticamente significativa em relação a classificação da variabilidade das Fórmulas Cromáticas, sendo que G1 apresentou menor frequência de Fórmulas Cromáticas Flexíveis e maior frequência de Fórmulas Cromáticas Instáveis em relação a G2. Esse achado, mais uma vez, de natureza exploratória, marca sinal de melhor ajustamento e adaptação ao ambiente por parte do grupo eutrófico. O indicador de mais casos de instabilidade nas Fórmulas Cromáticas do grupo de crianças com obesidade sinalizou sua tendência a grande receptividade afetiva, acompanhada de mais casos com variação nas estratégias de resposta (inconstância nas reações) e instabilidade emocional.

Considerações Finais

A partir das análises realizadas, foram obtidas pistas relativas a um funcionamento psicodinâmico que sofre influências da condição médico-clínica de obesidade vivenciada pelas crianças de G1. A complexidade psíquica humana não permite identificar, até esse momento, específicos sinais de funcionamento afetivo de ambos os grupos, mas características predominantes em G1 e em G2 podem favorecer cuidados para com o desenvolvimento dessas crianças, de modo a estimular seus recursos e potenciais.

Há uma diferença importante a ser considerada: o grupo clínico parece possuir maior dificuldade de controle para suas vivências emocionais. Indicaram maior mobilização afetiva que pode dificultar processos criativos, produtivos e de contato interpessoal na dinâmica dessas crianças, quando comparadas às crianças eutróficas.

Evidencia-se, pelos atuais dados e pela revisão de literatura realizada, a impossibilidade de se estabelecer relações causais e incontestáveis a respeito das características socioafetivas de crianças com obesidade. Mesmo com pistas interessantes dos atuais achados, a obesidade parece ser apenas um dos inúmeros influentes na dinâmica afetiva, imersa em uma rede de significações. Assim, o modo como o desenvolvimento de cada indivíduo transcorrerá é extremamente complexo, flexível e dinâmico, dependente de inúmeras interações dentro de contextos específicos (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004). Diante dessa complexidade, estudos mais específicos (longitudinais, por exemplo) poderiam ser propostos e desenvolvidos, ultrapassando os atuais limites do recorte transversal operacionalizado no atual trabalho, embora relevante por apontar características da psicodinâmica infantil diante da obesidade.

Referências

- Angelini, A.L.; Alves, I.C.B.; Custódio, E.M.; Duarte, W.F., & Duarte, J.L.M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.
- Campos, A. L., Sigulem, D. M., Moraes, D. E., Escrivão, A., & Fisberg, M. (1996). Intelligent quotient of obese children and adolescents by the Weschler scale. *Revista de Saúde Pública*, 30(1), 85-90.
- De Niet, J.E. & Naiman, D.I. (2011). Psychosocial aspects of childhood obesity. *Minerva Pediátrica*, 63(6), 491-505.

- De Oliveira Chiorlin, M., de Magalhães, C. C., Wlasenko, K., Raso, V., & Navarro, F. (2007). Relação entre desempenho escolar e características psicológicas em crianças com diferentes estados nutricionais. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1(1), 53-63.
- Hesketh, K.D. & Campbell, K.J. (2010). Interventions to Prevent Obesity in 0–5 Year Olds: An Updated Systematic Review of the Literature. *Obesity*, 18(1), 27S-35S.
- Hilbert, A., Rief, W., Tuschen-Caffier, B., de Zwaan, M., & Czaja, J. (2009). Loss of control eating and psychological maintenance in children: an ecological momentary assessment study. *Behavioral Research and Therapy*, 47(1), 26-33.
- Inclendon, E.; Wake, M. & Hay, M. (2011). Psychological predictors of adiposity: systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(2), 1-11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil: Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Recuperado em 17 de junho, 2016, de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000108.pdf>
- Mishima, F.K.T. & Barbieri, V. (2009). O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 249-255.
- Oliveira, L., & Santiago, M. (1987). Abordagem clínica da inteligência. Em: Ancona-Lopez, M., (Org.) *Avaliação da inteligência I*. São Paulo, EPU, pp. 96-108.
- Puder, J.J. & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity (London)*, 34(2), S37-43.
- Rossetti-Ferreira, M. C., Amorim, K. D. S. & Silva, A. D. (2004). Rede de significações: alguns conceitos básicos. *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano*, 1, 23-33.
- Simões, D. & Meneses, R. F. (2007). Autoconceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 246-251.
- Sun, S.S.; Liang, R.; Huang, T. T-K.; Daniels, S.R.; Arslanian, S.; Liu, K.; Grave, G.D., & Siervogel, R.M. (2008). Childhood Obesity Predicts Adult Metabolic Syndrome: The Fels Longitudinal Study. *The Journal of Pediatrics*, 152(2), 191-200.
- Villemor-Amaral, A. E. (2014). *As pirâmides coloridas de Pfister: versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

World Health Organization – WHO (2012). *Childhood overweight and obesity*.

Recuperado em 21 de abril, 2016, de

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> .

World Health Organization. (2013). *Childhood overweight and obesity*. Recuperado em

21 de abril, 2016, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Utilização do Teste das Pirâmides Coloridas na avaliação da personalidade em indivíduos com depressão

Adriana Daros Fonseca Lucaichus

Paulo Francisco de Castro

Universidade de Taubaté

Resumo: A compreensão da personalidade está entre as buscas mais remotas na área da Psicologia, visando compreender as pessoas em sua totalidade, por meio das suas características pessoais e desenvolvimentais. A depressão é classificada como um transtorno de humor, de curso episódico ou crônico, com diferentes intensidades, podendo nos casos mais severos, levar à incapacitação psíquica. O objetivo deste trabalho centra-se em descrever os aspectos de personalidade em pacientes adultos com quadro de depressão por meio dos dados obtidos no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister – TPC. Participaram do estudo 20 pacientes com diagnóstico de depressão, que frequentavam um ambulatório de saúde mental do litoral paulista, com idades entre 28 e 62 anos, predominantemente do sexo feminino (N=17) que foram submetidos à aplicação do TPC de acordo com as especificações técnicas do instrumento. Os dados foram tabulados e os resultados foram ponderados de acordo com os valores normativos para o referido grupo. Em relação à incidência das cores, observou-se a cor violeta em valores elevados (50% - N=10), com significado relacionado à maior tensão e ansiedade, indicando, também, vivência de conflitos e cor Laranja em valores rebaixados (50% - N=10) que revela experiências ligadas à repressão, com condutas mais inibidas e de passividade. Os outros componentes de interpretação do TPC, como o agrupamento de cores (denominados de síndromes) e aspectos formais das pirâmides não indicaram dados diferentes do esperado para a população em geral. Assim, observa-se que, neste grupo, os pacientes com depressão apresentam características de personalidade que são descritas na literatura técnica sobre o quadro, revelando maior tensão, conflitos e diminuição da energia e passividade. Pela relevância do tema para o cuidado ao paciente com o referido quadro clínico, outros estudos mostram-se relevantes.

Palavras-chave: *Avaliação Psicológica, Avaliação da Personalidade, Depressão, Teste das Pirâmides Coloridas.*

Introdução

Em linhas gerais, segundo o DSM-V, os Transtornos Depressivos são caracterizados pela vivência de tristeza, sentimento de vazio ou irritabilidade, que afetam diretamente o humor do indivíduo, associados a modificações de ordem somática e cognitiva e interferem no funcionamento cotidiano dos pacientes. São classificados em oito diferentes quadros depressivos e o Transtorno Depressivo Maior representa as condições gerais e clássicas para esse grupo nosológico (American Psychiatric Association – APA, 2014). Outro manual utilizado para compreensão do diagnóstico em Transtorno da Depressão foi a CID-10, no capítulo F, onde são descritos os transtornos mentais e comportamentais (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1993).

Tanto a CID-10 (OMS, 1993) como o DSM-V (APA, 2014) podem ser empregados na identificação do transtorno depressivo maior. Ambos manuais apresentam um conjunto de critérios, pautados nos sintomas apresentados pelos pacientes, que permitem a identificação do referido quadro.

A depressão é uma doença de curso episódico, que pode ter início súbito e cessar espontaneamente ou apresentar curso crônico ao longo da vida, com sintomas de

intensidade leve a grave, podendo levar à incapacitação. A depressão é caracterizada por alterações patológicas do humor, cognitivas e psicomotoras e pode influenciar a dinâmica psicológica e comportamental do indivíduo, prejudicando assim, o indivíduo no seu âmbito familiar, social e ocupacional (Moreno, Dias & Moreno, 2007).

A depressão pode surgir como resposta a um agente estressor associado a vários fatores psicossociais como a morte de um ente querido, divórcio, a perda de moradia, perda do emprego, entre outros. Um estado de humor deprimido, com sintomas como perda de interesse, desânimo, perda de peso, por exemplo, pode ser considerado normal, no caso de uma reação de luto a uma perda, pois no luto representa um sentimento normal, e compreensível até um determinado período, que não exceda seis meses com sintomas de tristeza. Considera-se que vários processos podem ser resultantes na depressão, assim como processos genéticos, ambientais, biológicos e neuroquímicos (Cheniaux, 2012; Moreno et al., 2007).

Para realizar um diagnóstico psicopatológico preciso, é necessário coletar todas as informações possíveis desde sua história de vida, como os sintomas se iniciaram, como evoluíram, tempo de duração e avaliar a gravidade dos sintomas, para estabelecer planejamento terapêutico, para que o profissional da área possa ter uma direção certa para o tratamento adequado. Quando se observam as características clínicas em conjunto aos sintomas depressivos, é possível definir se há necessidade de intervenção terapêutica em determinado estado emocional. Depois de ter realizado o diagnóstico e avaliada a gravidade dos sintomas, estabelece-se o planejamento terapêutico. As estratégias de tratamento vão desde o uso de medicamentos antidepressivos em conjunto com abordagens psicológicas, como psicoterapias ou grupos psicoeducacionais (Dalgallorondo, 2008; Zanetti & Lafer, 2008).

Em termos psicodinâmicos, segundo Uchôa (1979), na depressão vital, os sentimentos vitais acham-se ligados à própria corporalidade do ser, e surge de forma autônoma, diferente dos sentimentos anímicos. Nos sentimentos vitais, o indivíduo sente dor, a tristeza no corpo, ou em partes dele. É uma tristeza não motivada, e não compreendida, tendo um caráter de que, não há uma significação, ou seja, não existe uma explicação por essa tristeza. Nos sentimentos anímicos, surgem reações do mundo externo, em relação de sentido com eles, ou seja, existe às vezes um motivo para existir a tristeza, diferente da depressão vital, onde não existe um motivo para a tristeza. Desse modo, sente-se alegria ou tristeza por algo, ou tem-se medo de algo, não sendo esse algo mera percepção, mas algo que tenha uma significação para o indivíduo. Assim, pode-se

perceber se existem reações dentro da normalidade ou da psicopatologia. Na reação depressiva há continuidade da experiência psicológica, ou seja, há uma continuidade da falta de motivação psicológica, com características de melancolia (tristeza, inibição psicomotora e pensamento inibido).

No campo das depressões reativas, segundo Uchôa (1979), é observado que, a reação continua mesmo depois que desaparecem os motivos provocantes, aqueles com características de irritabilidade e mau humor. Pode ser de causa exógena, endógena ou psicogênica, no qual, o tipo exógeno onde o prejuízo é externo, por exemplo, uma doença infecciosa ou traumática. No tipo de depressão endógena o prejuízo surge de causas internas, como por exemplo, estado menstrual ou enxaquecas.

A aparência do paciente geralmente é triste, os traços faciais são característicos como, por exemplo, os cantos da boca virados para baixo e por rugas verticais no centro da fronte, porém alguns pacientes mantêm um exterior sorridente apesar de profundos sentimentos de depressão, os ombros ficam curvados, o olhar é para baixo com piscar lento e os movimentos gestuais estão reduzidos, o paciente pode descuidar da aparência, assim como do vestuário e do cuidado pessoal. Pode ocorrer a perda da libido e, nas mulheres constipação, fadiga e um desconforto em algumas partes do corpo, trazendo geralmente as preocupações hipocondríacas. Além dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com depressão, é importante considerar que algumas características de personalidade mais relevantes como uma tendência exagerada para atingir a perfeição quando se realiza algo e ansiedade (Gelder; Mayou & Philip, 2006).

De acordo Gazzaniga e Heatherton (2005), existem evidências de que o comportamento é influenciado pela interação entre a personalidade e a situação, de modo que as pessoas com neuroticismo elevado são mais deprimidas, têm mais doenças e tendem a vivenciar mais crises. As disposições de personalidade são constructos significativos que predizem o comportamento das pessoas ao longo do tempo e em diferentes situações. Porém, as pessoas também são sensíveis ao contexto social. O mesmo autor ainda comenta que, a personalidade tem raízes genéticas, pois os genes predis põem alguns traços de personalidade que estão associados a tendências comportamentais, assim como os genes afetam os processos biológicos influenciando a personalidade gerando o temperamento, que são as diferenças biológicas correspondentes, considerando o temperamento muito mais amplo que os traços de personalidade. Essa estrutura biológica inata da personalidade é o temperamento.

Zanon, Borsa, Bandeira e Hutz (2012), caracterizam neuroticismo como o nível de desajustamento emocional e a vulnerabilidade para desenvolver estresse e ansiedade, depressão, sentimentos de culpa, baixa autoestima, tensão, irracionalidade, timidez, tristeza e emotividade. O fator neuroticismo corresponde a um conjunto de características individuais que predispõe os indivíduos a vivenciar de forma mais intensa os sentimentos de aflição, angústia, sofrimento, inadaptação, depressão, ansiedade, baixa tolerância à frustração, impulsividade, autocrítica e outros.

Objetivo

Descrever aspectos de personalidade observados em pacientes adultos com quadro de depressão por meio dos dados obtidos no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister – TPC.

Método

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Taubaté CAAE nº 23437313.8.0000.5501, número do parecer 452.017, classifica-se como uma pesquisa exploratória, que objetiva proporcionar maior aproximação com o problema, com o intuito de explicitá-lo, ou construir hipóteses. O planejamento de uma pesquisa exploratória geralmente é bastante flexível, pois considera vários aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (Gil, 2010).

Ao utilizar esse tipo de análise, o pesquisador considera uma sequência lógica que envolve conhecimentos teóricos anteriores, planejamento minucioso do método, formulação de problemas e hipóteses, e registro sistemático dos dados a serem analisados com a maior exatidão possível. Deve-se ressaltar que, para a coleta de dados, o pesquisador geralmente emprega instrumentos que possam garantir a exatidão na observação humana, no registro e na comprovação das variáveis obtidas (Marconi & Lakatos, 2011).

Tabela 1. Apresentação dos dados sociodemográficos dos participantes

Participantes	Idade	Sexo	Período de Tratamento
1	49	F	Desde 01/12
2	50	F	Desde 07/13
3	45	F	Desde 09/11
4	29	M	Desde 10/11
5	58	M	Desde 06/10
6	30	F	Desde 03/12
7	36	F	Desde 10/13
8	41	F	Desde 01/05
9	51	M	Desde 02/13
10	62	F	Desde 03/08
11	46	F	Desde 09/13
12	56	F	Desde 12/05
13	41	F	Desde 09/11
14	62	F	Desde 02/13
15	48	F	Desde 03/14
16	35	F	Desde 10/11
17	35	F	Desde 08/13
18	47	F	Desde 10/11
19	42	F	Desde 04/13
20	28	F	Desde 08/12

Foram convidados a participar da pesquisa 20 pacientes adultos (17 do sexo feminino e 03 do sexo masculino), com idade mínima de 28 anos e máxima de 62 anos, independente de sua etnia, escolaridade, estado civil ou socioeconômico, frequentadores do Ambulatório de Saúde Mental de uma cidade do litoral paulista. Os indivíduos foram selecionados a partir de análise de prontuário onde foram diagnosticados pelo médico psiquiatra com quadro de depressão.

Inicialmente foi realizado um levantamento junto aos prontuários de um serviço de atendimento público, selecionando-se os pacientes com diagnóstico de depressão sem comorbidades. Após essa etapa, os pacientes eram convidados a participar da pesquisa, momento em que as explicações sobre os procedimentos eram fornecidas.

Diante do aceite, foi agendado um dia para a coleta de dados, depois do registro da anuência pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a aplicação do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister - TPC, de forma individual, seguindo-se as orientações técnicas do manual do instrumento (Villemor-Amaral, 2015).

Ely, Nunes e Carvalho (2014), ao descreverem oito instrumentos de avaliação psicológica para a investigação da depressão, citam a validade do TPC como instrumento para avaliação do referido quadro, pautando suas considerações no estudo de Villemor-Amaral, Primi, Farah, Silva, Cardoso e Franco (2004) que concluem 84,2% de probabilidade de identificação da depressão nos indivíduos. Estudos recentes sobre instrumentos específicos para avaliação da depressão são apresentados como estratégias objetivas para identificação do referido quadro (Filgueiras et al., 2014; Nunes, Monteiro & Lopes, 2014; Souza & Hutz, 2016).

Resultados e Discussão

Os testes foram corrigidos de acordo com as especificações técnicas constantes em seu manual técnico, os dados foram cotados e comparados com a amostra normativa, interpretados em consonância com o material disponível para essa finalidade (Villemor-Amaral, 2015).

Tabela 1. Distribuição da Classificação das Cores

Cor	Valores Rebaixados		Valores Médios		Valores Elevados	
	N	%	N	%	N	%
Azul	7	35	11	55	2	10
Vermelho	4	20	11	55	5	25
Verde	4	20	11	55	5	25
Violeta	4	20	6	30	10	50
Laranja	10	50	8	40	2	10
Amarelo	6	30	12	60	2	10
Marrom	0	0	15	75	5	25
Preto	0	0	17	85	3	15
Branco	7	35	9	45	4	20
Cinza	0	0	18	90	2	10

De acordo com os valores da Tabela 1, observa-se predomínio de valores classificados como médios em sete cores, rebaixados em uma cor e aumentados também em uma cor, como segue:

- **Azul (Az)** em valores médios (55% - N=11), no geral essa cor está relacionada com a capacidade de controle e adaptação, desde que utilizada predominantemente com as tonalidades mais fortes.

Vermelho (Vm) em valores médios (55% - N=11), cor representante de estados mais excitados e está ligado à extroversão, irritabilidade, impulsividade e agressividade.

- **Verde (Vd)** em valores médios (55% - N=11), é considerada a cor que mais se relaciona com a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Além disso, associa-se ao insight e à empatia, significando com isso a aptidão para compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente, e também poder compreender o outro em profundidade.
- **Amarelo (Am)** em valores médios (60% - N=12), trata-se de uma cor estimulante, ligada a uma conduta de extroversão melhor canalizada e mais adaptada ao ambiente.
- **Marrom (Ma)** em valores médios (75% - N=15), revela também características de extroversão, porém vinculada à esfera mais primitiva dos impulsos e a uma disposição para descargas mais intensas ou violentas. Representa ainda energia, ação, dinamismo e reação para a ação.
- **Preto (Pr)** em valores médios (85% - N=17), cor relacionada a uma função estabilizadora e reguladora que visa a adaptação.
- **Cinza (Ci)** em valores médios (90% - N=18), cor com um significado abrangente de carência afetiva e sentimento de vazio, como também de ansiedade, insegurança e repressão dos afetos.
- **Laranja (La)** em valores rebaixados (50% - N=10), o La pode ser definido como uma cor intermediária entre o vermelho e o amarelo e que, por conta disso, assume conotações igualmente intermediárias, oscilando levemente em função das tonalidades empregadas com mais ênfase. O La é interpretado como a cor que representa os anseios de produção e de desejo de fazer-se valer pela produtividade. O rebaixamento dessa cor pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão.

- **Violeta (Vi)** em valores elevados (50% - N=10), sua significação é tradicionalmente ligada à tensão e ansiedade, principalmente, em função de sua composição, mistura de azul e vermelho, cores antagônicas quanto ao significado. Os significados diferem um pouco conforme a tonalidade, variando desde a ansiedade difusa derivada do medo do desamparo e de sentir-se indefeso, à ansiedade excitada, presente nas neuroses em geral, sendo resultante de conflitos, ou a uma inquietação que pode identificar criatividade, ou ainda insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes.

Verificou-se que a cor laranja (La), apresenta maior incidência em valores rebaixados e como esta cor representa ambição e desejo de produzir, no grupo de pacientes com depressão deste estudo, revela diminuição da capacidade das atividades diárias, redução da energia e da produtividade.

Tal dado pode ser associado aos resultados de Nunes et al. (2014) que avaliaram as funções executivas em um grupo de pacientes com depressão e identificaram que os mesmos apresentam rebaixamento do desempenho cognitivo com menos sucesso na resolução de problemas, além de necessitarem de mais tempo para a execução das tarefas que o teste propunha. Além disso, verificaram que quanto maior a gravidade da depressão, pior é o desempenho dos pacientes, o que pode se associar com os resultados de Orsini (2006) que explica uma relação entre vulnerabilidade e gravidade do estado depressivo.

Os sintomas associados à diminuição acentuada do prazer em atividades diárias, sentimentos de indecisão, inutilidade e o humor deprimido podem estar associados com baixos índices de socialização e extroversão, à medida que a depressão dificulta a convivência social (Bighetti, Alves & Baptista, 2014).

Irigaray e Schneider (2007) encontraram características de personalidade como grande desejo e sentimento de piedade, respeito, admiração, e obediência aos superiores, tendência de ordem e precisão com as coisas, associadas com uma maior intensidade de sintomatologia depressiva. Citam ainda que baixa dominância e altos níveis de neuroticismo são observados e relacionados com início de depressão em idosos.

Além disso, observou-se utilização elevada da cor violeta (Vi), cujo significado está ligado à tensão e ansiedade, o que expressa uma conotação de insatisfação e medo do desamparo, como é percebido em alguns dos aspectos apresentados na depressão como sentimento de inutilidade, acentuada diminuição de prazer e de interesse.

Villemor-Amaral et al. (2004) observaram constância absoluta da cor violeta em sua pesquisa com pacientes com depressão, embora neste estudo seja a porcentagem da referida cor que indica valores aumentados, pode-se associar os dois dados uma vez que se ambos indicam a valorização do violeta pelos pacientes. Além disso, Nogueira (2013) identificou valores aumentados da cor violeta em universitários, quando se avalia sua relação com depressão.

Nessa direção, Villemor-Amaral e Machado (2011), a partir dos dados do Teste de Zulliger, identificaram, entre outros componentes, que pacientes com depressão tendem a apresentar vulnerabilidade para desorganização em situações de maior tensão ou sobrecarga emocional, uma vez que intensificam os estímulos afetivos vivenciados. Hisatugo e Yazigi (2014), por meio das informações do Método de Rorschach, identificaram aspectos como autocrítica negativa, prejuízo na autoestima e indicativo de sofrimento mais intenso em pacientes com depressão.

Por meio da utilização de instrumentos psicométricos, foram realizados estudos para verificação da relação entre ansiedade e depressão. Baptista e Carneiro (2011) identificaram correlação moderada entre os dois construtos em uma investigação com universitários.

No que se refere às síndromes, os dados podem ser verificados na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da Classificação das Síndromes

Síndromes	Valores Rebaixados		Valores Médios		Valores Elevados	
	N	%	N	%	N	%
Normal	2	10	14	70	4	20
Estímulo	3	15	16	80	1	5
Fria	4	20	12	60	4	20
Incolor	6	30	8	40	6	30

- **Síndrome Normal: Az+Vm+Vd**

Essas cores, que costumam totalizar a maioria das cores empregadas nas pirâmides, e cuja soma tende a ultrapassar 50%, compõem a Síndrome Normal. Verificou-se que a maior parte dos participantes indicaram valores dentro da média (70% - N=14), o que torna esse dado compatível com as escolhas dos indivíduos em geral. Seu significado liga-se, portanto, à capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional.

- **Síndrome do Estímulo: Vm+Am+Vd**

Relativamente a essas cores, consideradas estimulantes (chamadas de cores quentes), e que no conjunto, indicam a capacidade de extroversão e a de contato afetivo e social, também a maioria dos participantes (80% - N=16) apresentou valores médios.

- **Síndrome Fria: Az+Vd+Vi**

Pertencente ao grupo das cores frias que, geralmente têm comportamento e interpretação antagônicos ao das cores quentes, e elevam-se diante do rebaixamento destas, observou-se maior incidência de índices considerados médios (60% - N=12).

A distribuição da classificação do aspecto formal das pirâmides pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da classificação do Aspecto Formal das Pirâmides

Aspecto Formal	N	%
Tapete furado	9	15
Tapete puro	12	20
Tapete desequilibrado	1	1,6
Tapete com início de ordem	11	18,3
Formação em camadas monotonais	1	1,6
Formação em camadas monocromáticas	3	5
Formação em camadas multicromáticas	10	16,6
Formação decepada ou cortada	21	35
Estrutura simétrica	10	16,6
Estrutura em escadas	2	3,3
Estrutura em manto fechado	1	1,6

- **Tapete Furado**

Com incidência de 15% (N=9), caracteriza a utilização do uso do branco em uma única área ou diversas áreas do esquema, espalhado ou aglomerado, ressaltando a noção de furos ou rasgos. Esse tipo de pirâmide executada pelo sujeito, mesmo que uma única vez, indica fortes indícios de perturbação grave proveniente de dissociações no curso do pensamento.

- **Tapete Puro**

A elaboração em tapete puro, constituindo a disposição das cores de modo aleatório, foi observada em 20% (N=12) das construções. Essa produção, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indica uma possível adaptação emocional às situações cotidianas, com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos.

- **Tapetes com início de ordem**

Essa forma consiste de tapetes puros nos quais se observam um ou mais tons repetidos em posições simétricas verificada em 18,3% (N=11) das construções e enquadra-se como uma forma de transição, que significa melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora não suficientemente desenvolvidas.

- **Formações em camadas**

Tem-se incidência de 23,2% (N=14), desse tipo de elaboração, na qual cada camada é preenchida por uma cor ou tonalidade. As organizações em camadas, que podem ser **monotonais** (1,6% - N=1) quando formadas por um único tom, **monocromáticas** (5% - N=3) quando constituídas por uma cor e seus vários tons, ou **multicromáticas** (16,6% - N=10) quando cada camada é feita por uma cor, são representadas por um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos.

- **Corte ou mutilação**

Esse indicador, com incidência de 35% (N=21) das construções, reflete dificuldades de relacionamento e contato social. Trata-se, no caso, do uso do branco concentrado em uma camada inteira (corte) ou no topo da pirâmide, dando a impressão de uma pirâmide decepada (mutilação). Esse fenômeno pode assinalar casos de fragilidade estrutural e prováveis alterações do pensamento.

- **Estruturas**

Muito embora tenha sido detectado na amostra um número mínimo de representantes na elaboração das pirâmides em **escadas** (3,3% - N=2) e em **manto fechado** (1,6% - N= 1), correspondentes, respectivamente, a estados conflitivos atuais que comprometem o equilíbrio emocional, e expressão de defesa ou repressão dos impulsos, a maioria dos participantes foi incluída na estrutura **simétrica** (16,6% - N=10), onde o aspecto é o mais sofisticado devido à disposição horizontal das

camadas. Desta forma, constatou-se que esses indivíduos exibem uma capacidade cognitiva mais diferenciada, associada a um maior equilíbrio emocional e maturidade.

No que diz respeito ao aspecto formal, na presente investigação, observou-se maior incidência de formações em camadas com alguma tendência à estrutura simétrica e também característica de corte e mutilação.

Villemor-Amaral et al. (2004) também constataram em pesquisa realizada, valores significativos de formações cortadas ou decepadas em pacientes com depressão. Obtiveram formações estratificadas tendendo a estruturas. As formações cortadas ou decepadas, revelam o tipo característico de dificuldade de relacionamento e contato social, indicando déficit relacional. Quanto as formações que tendem à estruturas, enfatizam a correspondência a um nível médio de maturação emocional em vias de melhor estruturação. A dificuldade interpessoal também foi identificada na investigação de Hisatugo e Yazigi (2014).

A maneira de colocação das pirâmides realizada pelos participantes da presente pesquisa está expressa na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da Classificação de Colocação

Colocação	N	%
Descendente	17	28,3
Descendente direta	13	21,6
Descendente inversa	4	6,6
Ascendente	12	20
Ascendente direta	10	16,6
Ascendente inversa	4	6,6

- **Descendente**

Pouco mais da metade das pirâmides foi construída com modo de colocação descendente (56,5% - N=34), representando o preenchimento do esquema a partir do topo para baixo. Trata-se de uma ação mais verificada em crianças, podendo com isso indicar instabilidade ou insegurança.

A classificação de execução pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição da Classificação de Execução

Execução	N	%
Ordenada	16	80
Desordenada	2	10
Relaxada	1	5
Sistemática	1	5

• Execução Ordenada

A maior incidência no processo de execução foi de forma ordenada (80% - N=16). Nesse tipo de execução, o trabalho segue uma ordem, com um padrão de colocação total ou parcialmente constante; porém, permitindo alguma variação, o que denota flexibilidade. Apesar do método e ordem, essa maneira de execução permite fazer trocas, inverter uma ou outra colocação, mas com a manutenção de um trabalho organizado.

Considerações finais

A partir dos dados expressos, pode-se observar características de personalidade identificadas nos pacientes com depressão dados que são compatíveis com a descrição nosológica do quadro e também identificados em outras pesquisas sobre o tema.

Em linhas gerais, os pacientes que compuseram a presente investigação revelaram vivências de angústia e ansiedade, associados à falta de energia para as atividades cotidianas. Além disso, indicaram prejuízo no contato social, estrutura frágil da personalidade e indicam alterações de pensamento.

Por se tratar de quadro clínico de incidência significativa e pelo fato de serem identificados componentes de personalidade que podem estar associados à depressão, outros estudos sobre o tema são relevantes para que ações de diagnóstico e de tratamento psicológico possam ser traçadas de forma eficiente.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V*. (5ª ed.). (M.I.C. Nascimento et al., trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M.N., & Carneiro, A.M. (2011). Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia*, 28 (3), 345-352.

- Bighetti, C.A., Alves, G.A.S., & Baptista, M.N. (2014). Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A): evidências de validade com o Big Five. *Avaliação Psicológica*, 13 (1), 29-36.
- Cheniaux, J. E. (2012). *Manual de psicopatologia*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ely, P., Nunes, M.F.O., & Carvalho, L.F. (2014). Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 13 (3), 419-426.
- Filgueiras, A., Hora, G., Fioravanti-Bastos, A.C.M., Santana, C.M.T., Pires, P., Galvão, B.O. & Landeira-Fernandez, J. (2014). Development and psychometric properties of a novel depression measure. *Temas em Psicologia*, 22 (1), 249-269.
- Gazzaniga, M.S., & Heatherton, T.F. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. (M.A.V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Gelder, M., Mayou, R., & Philip, C. (2006). *Tratado de psiquiatria*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gil, A.C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Hisatugo, C.L.C., & Yazigi, L. (2014). Estudo exploratório com indivíduos com depressão por meio do Rorschach, sistema compreensivo. *Avaliação Psicológica*, 13 (2), 157-166.
- Irigaray, T.Q., & Schneider, R.H. (2007). Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul*, 29 (2), 169-175.
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (2011). *Metodologia científica*. (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Moreno, D.H., Dias, R.S., & Moreno, R.A. (2007). Transtornos do humor. In: M.R. Louzã Neto (Org.). *Psiquiatria Básica*. (2ª ed.). (pp. 219-234). Porto Alegre: Artmed.
- Nogueira, T.G. (2013). O Teste de Pfister na avaliação de depressão e ansiedade em universitários: evidências preliminares. *Boletim de Psicologia*, 63 (138), 11-21.
- Nunes, D., Monteiro, L., & Lopes, E. (2014). INECO Frontal Screening: um instrumento para avaliar as funções executivas na depressão. *Psicologia Clínica*, 26 (2), 177-196.

- Organização Mundial da Saúde (2003). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10*. (Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português, trad.). (10ª ed. rev.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Orsini, M.R.C.A. (2006). *Estabilidade de traços de personalidade e suas relações com mudanças na severidade da depressão*. Brasília, Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília.
- Souza, L.K., & Hutz, C.S. (2016). Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: evidences of construct validity. *Temas em Psicologia*, 24 (1), 159-172.
- Uchôa. D.M. (1979). *Estudos de Psiquiatria dinâmica: psicologia, psicopatologia, psicanálise, psiquiatria social*. São Paulo: Atheneu.
- Villemor-Amaral, A.E., Machado, M.A.S. (2011). Indicadores de depressão do Zulliger no sistema compreensivo (ZSC). *Paidéia*, 21 (48), 21-27.
- Villemor-Amaral, A.E., Primi, R., Farah, F.H.Z., Silva, S.M., Cardoso, L.M., & Franco, R.R.C. (2004). A depressão no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Paidéia*, 14 (28), 169-176.
- Villemor-Amaral, A.E. (2015). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanetti, M.V., & Lafer, B. (2008). Transtornos depressivos. In: P.G. Alvarenga & A.G. Andrade (Orgs.). *Fundamentos em Psiquiatria*. (pp. 141-168). Barueri: Manole.
- Zanon, C., Borsa, J.C., Bandeira, D.R., & Hutz, C.S. (2012). Relações entre pensamento ruminativo e facetas do neuroticismo. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 173-181.

SEÇÃO 4: TÉCNICAS COM MANCHAS DE TINTA

Autoimagem de idosos com Parkinson por meio do Teste de Zulliger

Margarete Rien

Jucelaine Bier Di Domenico Grazziotin

Silvana Alba Scortegagna

Universidade de Passo Fundo

Resumo: Os idosos com Doença de Parkinson (DP) podem apresentar alterações na identidade, autoimagem desvalorizada, o que requer avaliações periódicas com testes válidos. Este estudo buscou verificar as evidências de validade do Zulliger para avaliar a autoimagem de idosos com DP. Participaram 30 indivíduos, com idades entre 60 a 90 anos ($M = 72,13$; $DP = 8,14$), com níveis de escolaridade e renda baixos. Utilizaram-se como instrumentos um protocolo sociodemográfico, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC). Os pacientes com DP demonstraram motivação e interesse por contatos interpessoais ($\uparrow \text{SumH}$) mas, estes se mostraram de forma temerosa, com reserva, parcialidade, e desconfiança [$H < (H) + Hd + (Hd)$]. Observou-se estados depressivos ($\uparrow \text{MOR}$) autocrítica negativa ($\uparrow \text{SumV}$) e baixa autoestima. Os resultados trouxeram evidências de validade do ZSC na compreensão da autoimagem de idosos com a DP e sugerem novas pesquisas com amostras mais representativas.

Palavras-chave: Avaliação psicológica, doenças crônicas, técnicas projetivas, traços de personalidade, velhice.

Introdução

O aumento da longevidade e as circunstâncias de saúde física e mental que permeiam este processo são alvos de estudos no mundo, especialmente no que diz respeito à emergência de enfermidades. No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 30% da população terá alguma doença crônica até o ano de 2025, e mais de 200 mil dessas pessoas serão portadoras da doença de Parkinson DP (OMS, 2011).

O diagnóstico da DP é estabelecido com a presença de quatro sinais cardinais: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural (Berg, Marek, Ross, & Poewe, 2012; Busse et al., 2012; Stern, Lang & Poewe, 2012). Segundo os autores, a presença de tremor de repouso ocorre sobretudo nas mãos; a rigidez é caracterizada por aumento no tônus muscular desencadeado durante o movimento passivo; as bradicinesias se traduzem por alentecimento dos movimentos e dificuldades em iniciar movimentos voluntários, se exterioriza por uma pobreza na movimentação, acarretando uma expressão facial em máscara ou hiponímia facial. Além disso, há um declínio crescente nas atividades de mobilidade rotineira como caminhar, sentar e levantar, na realização autônoma das atividades básicas da vida diária (AVD), como a higiene pessoal, alimentar-se, banhar-se, vestir-se (Felippe et al., 2014; Stern, et al., 2012).

Todos esses elementos contribuem para que o impacto da doença seja percebido como um evento traumático. Um dos aspectos mais dolorosos da experiência traumática

é o impacto sobre o ego, ou seja, a perda de um sentido de si mesmo. Do ponto de vista psicanalítico, o corpo não é apenas um organismo biológico, mas um objeto investido libidinalmente sobre o qual os afetos, os prazeres, os sofrimentos e as emoções vão deixando marcas, construindo história, uma identidade.

Constituir-se como sujeito, adquirir sentimentos de individualidade, reconhecer o outro como distinto de si mesmo é talvez os sentimentos menos compartilhável e mais irreduzível que o ser humano é capaz de viver (Cecarelli, 2003). A identidade, então, define o sujeito na sua mais absoluta diferença e também naquilo que o assemelha a um outro, graças à presença de traços em comum. É justamente aí que a DP confronta o sujeito com a perda de uma unidade, de uma coesão que o levou até então, a distinguir-se dos demais. Pode-se dizer que quando os movimentos falecem e já não podem mais ser conduzidos pelo sujeito, quando há instabilidade postural que o leva a dificuldades de conduzir-se e quando, ainda, há inexpressões na face que já não o identificam enquanto o sujeito com uma autoimagem de outrora, ocorre então à invasão de sentimentos de dor, tristeza e angústia que levam a deparar-se com o luto.

Com a progressão da doença, os sentimentos disfóricos, de baixa autoestima, ansiedade, tristeza, podem se tornar mais severos e impulsionar dificuldades mais proeminentes relacionadas as interações sociais, familiares, e a qualidade de vida (Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart & Aquino, 2013; Martinez-Martin et al., 2011; Silva, Fernandes & Terra, 2014; Stern et al., 2012), o que impulsiona demandas de avaliações psicológicas periódicas com o uso de instrumentos válidos. Em uma definição clássica um teste é considerado válido quando reúne um conjunto de evidências que comprovam que ele está de fato mensurando o constructo que supostamente pretende medir (Messick, 1989). A validade proposta pelo autor, como um conceito único e integrado, refere-se as interpretações, inferências e conclusões decorrentes do uso apropriado dos testes.

O teste de Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC) é um instrumento de autoexpressão que permite de modo indireto avaliar a personalidade de forma individual e rápida, apoiado em conceitos de psicometria e de projeção (Villemor-Amaral & Primi, 2012). A percepção que a pessoa tem de si mesma, as imagens internalizadas, a autoestima e os relacionamentos interpessoais, são fundamentais para enfrentar as situações e os problemas que surgem no decorrer da vida (Exner, 2003; Villemor-Amaral & Primi, 2012). A maneira como os DP percebem o ambiente que os cerca e a si mesmo, e como estabelecem as relações com os familiares e amigos são aspectos

importantes de serem avaliados, pois interferem na autoimagem e no enfrentamento da doença.

Entre as variáveis do ZSC, as respostas mórbidas *MOR* indicam estados depressivos e uma percepção de si mesmo danificada. O *Sum V* está associado à autocrítica, a autoimagem negativa e a baixa autoestima com uma tendência do indivíduo apresentar afetos irritantes, causados por introspecção. As variáveis *An* e *Xy* relacionam-se com preocupações corporais. Os indicadores de conteúdos *humanos Sum H* [$H(H)+Hd+(Hd)$] refletem o interesse pelos contatos interpessoais. As respostas *H puro* sugerem a presença de um interesse interpessoal mais inteiro, uma identificação firme com pessoas. Já, os conteúdos humanos parciais *Hd*, (*Hd*) alvitram uma visão parcial, desconfiada e limitada na capacidade de perceber os outros (Weiner, 2003; Villemor-Amaral & Primi, 2012).

Destacam-se algumas pesquisas no âmbito internacional com o ZSC, no Peru (Carpio & Lugón, 2011), objetivaram buscar a validade do instrumento, em uma população de 82 trabalhadores de 19 a 40 anos de idade, de ambos os gêneros e sem antecedentes de patologias. Entre os resultados, uma quantidade significativa de variáveis (*R*, *D*, *DQo*, *M,F*, (2), (*P*), *H*, *A*, (*Ad*), *Bt*, *Sx*, *Id*, *DV*, *COP*, *GHR*) indicaram correlações medianas e altas entre o ZSC e o RSC, demonstrando que existe proporcionalidade entre as variáveis dos dois instrumentos e sustentando a validade do uso do sistema compreensivo para o teste de Zulliger. No Chile (Vilches & Olivos, 2004), com indivíduos de 19 até 60 anos objetivaram propor parâmetros normativos para a seleção de pessoal e avaliar a necessidade de estabelecer normas estatísticas diferenciais para sexo, idade e escolaridade. Entre os resultados, apresentaram-se parâmetros normativos para 106 variáveis, com mapas de localizações, tabelas de qualidade formal, listas de respostas populares e parâmetros estatísticos que descrevem o comportamento da amostra global e de cada subgrupo.

No Brasil, salienta-se o estudo clínico de Villemor Amaral e Machado (2011) que buscou verificar se os indicadores de depressão que compõem a Constelação de Depressão (DEPI) do Rorschach no Sistema Compreensivo (SC) auxiliam no diagnóstico de depressão por meio do ZSC. A amostra mostra constituiu-se de 27 pacientes com depressão e 27 não-pacientes, do sexo feminino e idades entre 24 a 57 anos. Entre os resultados, as variáveis *FD + V* mostraram-se significativamente aumentadas e as autoras concluíram que o ZSC é um instrumento que pode contribuir no diagnóstico da depressão.

Outro estudo interessante investigou a validade incremental do ZSC com o Pfister, em 20 dependentes químicos, 10 brasileiros e 10 franceses com idades entre 21 a 45 anos (Franco & Villemor-Amaral, 2012). Os brasileiros apresentaram problemas nas relações interpessoais evidenciados no rebaixamento de Sum H (conteúdos humanos), GHR (percepções e representações humanas boas); no aumento de isolamento, MOR (respostas de conteúdo mórbido), e PER (respostas personalizadas).

Com uma população saudável, Di Domenico Grazziotin e Scortegagna (2013) exploraram a validade do ZSC focalizando as variáveis relacionamento e produtividade, em correlação com o Inventário de Habilidades Sociais – IHS, com 40 adultos saudáveis, entre 18 e 43 anos de idade. As variáveis GHR (boas representações humanas), Pure H, e Sum H (quantidade de respostas humanas) correlacionaram-se positiva e significativamente com os fatores comunicação, assertividade e autocontrole da agressividade do IHS.

As pesquisas com o ZSC em idosos são raras e, versam sobre os dados de normatização brasileira publicados em 2009 (Franco, Cardoso, Villemor-Amaral & Primi, 2012), evidências de validade convergente - discriminante com o Pfister (Franco & Villemor-Amaral, 2009) e na avaliação de idosos com Doença Renal Crônica DRC (Gregoleti, 2015). Neste último estudo, com idosos com DRC, a amostra incluiu 60 pessoas, média de idade 73,1 anos ($DP = 5,8$). Os pacientes em hemodiálise apresentaram problemas de relacionamento interpessoal verificados no rebaixamento nas respostas de conteúdos alimentares Fd ($p = 0,021$, $d = 0,65$), de isolamento ($p = 0,006$, $d = 0,61$), e na proporção das respostas de pobre sobre as boas representações humanas $PHR > GHR$. Considerando o aumento da expectativa de vida, o incremento do número de idosos com doenças crônicas, e a escassez de investigações com esta população com o uso de instrumentos projetivos, este estudo objetivou buscar evidências de validade do teste de Zulliger para avaliar a autoimagem de idosos com DP.

Método

Participantes

A amostra constitui-se de 30 idosos com DP, média de idade de 72,13 anos ($DP = 8,14$) casados (63,33%), autônomos (53,30%), escolaridade de 7,25 anos ($DP = 4,58$), com renda de até dois salários mínimos (66,66%), procedentes de hospitais gerais e de clínicas médicas especializadas do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes foram

selecionados intencionalmente, tendo como critérios de inclusão indivíduos com diagnóstico médico de DP há no mínimo seis meses, com comprometimento leve a moderado (graus I, II, III); que não apresentassem *déficit* cognitivo, visual e de audição. Esses dados foram obtidos por meio da administração do protocolo de caracterização sociodemográfica e de saúde, e do teste Miniexame do Estado Mental.

Instrumentos

Protocolo de caracterização sociodemográfica e de saúde: com o objetivo de obter informações sobre idade, gênero, estado civil, escolaridade, condições de saúde, tempo de diagnóstico e o grau de estadiamento da doença, e verificar os critérios de inclusão da amostra. O protocolo consistiu em 21 questões fechadas e foi elaborado pelas autoras deste estudo.

Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Folstein Folstein, & Mchugh, 1975) traduzido e validado no Brasil por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994), objetivou avaliar aspectos cognitivos e verificar os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Composto por questões agrupadas em sete categorias, com um escore total de 30 pontos. Foram utilizados os pontos de corte do estudo de Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, e Okamoto (2003): (a) baixa escolaridade (1 a 4 anos) 21 pontos; (b) média escolaridade (4 a 8 anos) – 24 pontos; (c) alta escolaridade (acima de 8 anos) – 26 pontos.

Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC) (Villemor-Amaral & Primi, 2012): avalia a estrutura e dinâmica da personalidade. Composto por um jogo de três cartões com o desenho de uma mancha de tinta simétrica e diferente em cada um deles. Na aplicação, a tarefa de emitir respostas aos estímulos ambíguos complexos e contraditórios, incita os entrevistados a utilizarem aspectos cognitivos e esquemas psicológicos subjacentes, o que potencializa o valor deste instrumento na avaliação da autoimagem (Perry, Viglione, & Braff, 1992).

Procedimentos

De posse da carta de autorização das instituições e da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da uma Universidade (protocolo número 669.104), iniciou-se a coleta de dados. Por intermédio de médicos e enfermeiros, os pacientes com DP foram convidados a participar do estudo, e os que demonstraram interesse assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, administrou-se o

protocolo sociodemográfico e de saúde, e o ZSC, individualmente, nas dependências dos hospitais, das clínicas especializadas, e nas residências dos pacientes, em uma seção de aproximadamente 80 minutos.

Para maior confiabilidade dos dados do ZSC, conduziu-se um estudo de fidedignidade entre avaliadores. Foram sorteados 25% dos protocolos e encaminhados para recodificação de um juiz independente, procedendo, a *posteriori*, a análise do coeficiente Kappa. Obteve-se valores de 0,87, e acima deste, para todas as variáveis do teste. Tal coeficiente de precisão, revela acentuada confiabilidade (Dancey & Reidy, 2013).

Análise dos dados

Os dados do sumário estrutural do ZSC foram exportados para um arquivo Excel e a análise dos dados deu-se por meio de estatística descritiva e inferencial. Os resultados do ZSC foram comparados com as expectativas normativas brasileiras para grupos de pacientes e de não pacientes (Villemor Amaral & Primi, 2012). Como teste estatístico utilizou-se a análise de variância (ANOVA) com nível de significância de $p < 0,05$. Para calcular o tamanho do efeito utilizou-se o d de Cohen, considerado um efeito pequeno ou fraco $d = 0,20$, médio ou moderado $d = 0,50$ e grande $d = 0,80$.

Resultados e Discussão

Na descrição dos resultados, apresentam-se as comparações das variáveis da autoimagem do ZSC com a amostra normativa brasileira, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Comparação das variáveis da autoimagem do ZSC com a amostra normativa brasileira

Variáveis	Grupo Clínico Expectativa				Normativa				ANOVA
	Participantes com Parkinson		Pacientes		Não Pacientes				
	(n= 30)		(n= 85)		(n = 220)				
	M	DP	M	DP	M	DP	d		
							p		
Pure H	1,2	0,8	0,8	0,9	0,8	1,0	0,44	<0,05*	
(H)	0,3	0,6	0,4	0,7	0,3		0,00		
Hd	1,0	1,5	0,3	0,6	0,4		0,49	<0,01**	

(Hd)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,00	
				0,00	0,4		
Sum H	2,6	1,8	1,6	1,3	1,7	0,54	<0,05*
				0,63	1,5		
MOR	0,5	0,8	0,2	0,6	0,3	0,30	<0,05*
				0,42	0,5		
Sum V	0,3	0,5	0,0	0,2	0,1	0,44	<0,05*
				0,78	0,4		
An+Xy	0,5	0,7	0,8	1,0	0,6	0,13	
			- 0,34	0,8			

Nota-. Variáveis do ZSC: Pure H = humanos inteiros, (H) = pára-humanos inteiros, Hd = humanos parciais, (Hd) = para-humanos parciais, Sum H = quantidade de respostas humanas, MOR = respostas mórbidas, Sum V = soma de respostas de vista, , An+Xy = quantidade de respostas de anatomia e raio X. M= média, DP= desvio padrão, d= d-cohen

Como pode ser observado na Tabela 1, os idosos com DP quando comparados com a amostra normativa brasileira de pacientes e não pacientes demonstraram diferenças significativas de forma moderada em grande parte das variáveis elencadas (*Pure H*, *Hd*, *Sum H*, *MOR*, *Sum V*). Ocorreu um aumento significativo de *puro H* e de *SumH* nos participantes com DP, denotando uma boa proporção de relações inteiras e adequadas e, também sinalizando um grande interesse por contatos interpessoais. No entanto, observa-se também, um aumento significativo de *Hd* nos idosos com DP, manifestando uma tendência a relações de forma temerosa, com reserva, parcialidade e desconfiança. Pode-se observar, ainda, aumento significativo das respostas *MOR*, denotando estados depressivos e, de *SumV* assinalando a presença de uma autocrítica negativa. Tais resultados são discutidos a seguir.

O aumento significativo de *H puro*, e de *Sum H* em comparação á expectativas normativa de pacientes e não pacientes, pode refletir o interesse dos idosos com DP por contatos interpessoais e uma identificação com pessoas. Este dado, pode estar associado aos níveis de comprometimento leve a moderado dos participantes deste estudo, pois diante de níveis mais elevados da doença os indivíduos tendem à reclusão e afastamento do convívio social. Alguns estudos mostraram que com o avanço da DP, ocorre um declínio progressivo das funções motoras e cognitivas que podem incitar o isolamento social, comportamentos mais reclusos e introspectivos (Martinez-Martin et al., 2011; Silva et al., 2014; Stern et al., 2012). Diferentemente, Franco e Villemor-Amaral (2012) encontraram desinteresse nas relações interpessoais em pacientes com problemas de drogadição. As autoras verificaram um rebaixamento de *Sum H* e a inexistência de *H*, na maior parte dos protocolos dos pacientes. Um outro estudo também demonstrou a

existência de problemas de relacionamento interpessoal, mas com pacientes com DRC (Gregoleti, 2015).

Contudo, é importante ressaltar que ocorreu um aumento significativo de *Hd* nos idosos com DP quando comparados a expectativa normativa de pacientes e não pacientes e, ponderando que houve o predomínio de respostas $(H)+Hd+(Hd)$, sobre as de *H*, pode-se supor a existência de uma autoimagem prejudicada em muitos destes indivíduos, além de dificuldades nos relacionamentos interpessoais. A percepção interpessoal e autoimagem quando prejudicada pode levar a dificuldades para expressar necessidades, pensamentos e sentimentos de uma forma integrada e, assim trazer prejuízos na autoestima (Weiner, 2003; Vilemor-Amaral & Primi, 2012). Estes achados, apoiam as verificações de Di Domenico-Grazziotin & Scortegagna (2013) ao observarem um aumento das respostas *H* sobre os conteúdos humanos $(H)+Hd+(Hd)$ em pessoas livres de doença, o que demonstra uma elaborada capacidade de desenvoltura social e autoestima.

As dificuldades impostas pela doença, especialmente as que tratam da ausência de controle motor, podem provocar sentimentos de desesperança, e de baixa autoestima (Martinez-Martin et al., 2011; Felipe et al, 2014; Queiroz, 2012; Stern et al., 2012) sendo comum encontrar fortes elementos de desvalorização, de autocrítica negativa, e sentimentos de tristeza e desagrado em suas reflexões e atitudes (Silva et al., 2014; Stern et al., 2012). Outros resultados apoiam a ideia da ocorrência de uma autoimagem distorcida encontram-se no aumento significativo das respostas *MOR* e de *Sum V* no idosos com DP, quando comparados a expectativa normativa de pacientes e não pacientes. Neste sentido, estudos anteriores notaram um aumento de *MOR*, em pessoas com dependência química (Franco & Villemor-Amaral, 2012) e, aumento de *Sum V* em pacientes com depressão (Villemor-Amaral & Machado, 2011).

A visão de si mesmo pode ser, algumas vezes, muito parcial e incompleta e outras mais integradas (Vilemor - Amaral & Primi, 2012). Curiosamente as variáveis *An* + *Xy* que sinalizam preocupações corporais apresentaram-se nos parâmetros normativos. Nota-se nos idosos com DP uma grande variabilidade no comportamento, corroborando a ideia de vários autores (Dawalibi et al., 2013; Martinez-Martin et al., 2011; Silva et al., 2014; Stern et al., 2012), ou seja, se por um lado, apresentam características de amabilidade, colaboração, interesse por contatos interpessoais e aceitação da ajuda do ambiente sinalizado pelo aumento de *SumH* e *Puro H*; por outro lado, podem mostrar tristeza, aspectos deprimidos e uma autoimagem desvalorizada

conforme demonstrado no aumento de *Hd*, *Sum V* e *MOR*. Como pode ser observado, os achados deste estudo mostram a importância da utilidade de instrumentos de autoexpressão para se obter uma compreensão mais profunda de questões que permeiam a autoimagem destes idosos, para prover medidas de intervenção mais apropriadas.

Considerações finais

Os resultados deste estudo responderam ao objetivo proposto e evidenciaram a validade do ZSC para avaliar a autoimagem de idosos com DP. Notadamente as variáveis *SumH*, *Hd*, *MOR*, *Sum V* se mostraram mais elevadas, e houve um predomínio de respostas $(H)+Hd+(Hd)$ sobre as de *H*, o que revela sinais de autocrítica negativa e baixa autoestima, de sentimentos disfóricos e de um interesse por contatos interpessoais de forma temerosa, entre os enfermos. Embora estes dados sejam promissores para o uso do teste com estes indivíduos, eles não podem ser generalizados e devem ser interpretados com cautela, pois o estudo contou com uma amostra reduzida, e de apenas uma região do Brasil. O desenvolvimento de novas investigações com amostras mais representativas e ampliando-se o número de variáveis do ZSC, incluindo-se por exemplo, indicadores de recursos e controle, afeto, relacionamento interpessoal e aspectos cognitivos, poderá contribuir para asseverar ou não a validade do ZSC para demandas de avaliações neste contexto.

Referências

- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52 (1), 1-7.
- Berg, D., Marek, K., Ross, G.W., & Poewe, W (2012). Defining at-risk populations for Parkinson's disease: lessons from ongoing studies. *Movement disorders*, 7, 656–665. doi: 10.1002/mds.24985.
- Busse, K., Heilmann, R., Kleinschmidt, S., Abu-Mugheisib, M., Höppner, J., Wunderlich, C., Gemende I., Kaulitz, L., Wolters A, Benecke R., & Walter U. (2012). Value of combined midbrain sonography, olfactory and motor function assessment in the differential diagnosis of early Parkinson's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 83, 441–447. doi: 10.1136/jnnp-2011-301719

- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61 (3-B), 777-781. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0004282X2003000500014>
- Carpio, R. S. & Lugón, C. M. (2011). Validación del Sistema Comprehensivo de Exner en el Test de Zulliger. *Persona*, 14, 145-158.
- Cecarelli, P.R. (2003). Preso em corpo não reconhecido como próprio: transexualismo, ambiguidade e conflitos de identidade sexual. In: J. Quayle; L. M. C. Souza de (org.). *Adoeecer – as interações do doente com sua doença* (pp. 81-101). São Paulo: Atheneu.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia: usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. de C. de. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), 393-403. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>
- Di Domenico-Grazziotin, J. B., & Scortegagna, S. A. (2013). Relacionamento interpessoal, produtividade e habilidades sociais: um estudo correlacional. *Psico-USF*, 18(3), 491-500. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000300015>
- Exner, J. E. Jr. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system* (Vol. I: Basic foundations). Nova Iorque: Wiley & Sons.
- Felippe, L.A., Oliveira, R. T. De., Garcia, M., Silva-Hamu, T. C. D. Da., Santos, S. M. S., & Christofolletti, G. (2014). Funções executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63 (1), 39-47. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-208 50000000006>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state; a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Franco, R. R. C., Cardoso, L. M., Villemor-Amaral, A. E. & Primi, R. (2012). Estudos de normatização, precisão e validade. In A. E. Villemor-Amaral & R. Primi (Orgs.). *Teste de Zulliger no sistema compreensivo ZSC: forma individual* (pp. 115-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Franco, R. R. C. & Villemor-Amaral, A. E. (2009). Validade concorrente entre provas de personalidade: Zulliger - SC e Pfister. *Revista Psicologia e Saúde*, 1(1), 50-59. <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/13/24>
- Franco, R. R. C. & Villemor-Amaral, A. E. (2012). Validade incremental do Zulliger e do Pfister no contexto de toxicomania. *Psico-USF*, 17(1), 73-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000100009>
- Gregoleti, V. (2015). *Evidências de validade do teste de Zulliger em idosos com doença renal crônica*. (Dissertação de mestrado não publicada) Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano. Universidade de Passo Fundo, RS.
- Martinez-Martin, P., Rodriguez-Blazquez, R., Kurtis, M. M., & Chaudhuri, K. R. (2011). The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease, *Movement Disorders*, 26 (3), 399-406. doi: 10.1002/mds.23462
- Messick, S. (1989). Validity. In R.L. Linn (Ed). *Educational measurement* (3rd ed., pp. 13-103). New York: American Council on Education, McMillan.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Novo relatório da OMS traz informações sobre estatísticas de saúde em todo o mundo*. 2011. <http://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-oms-traz-informacoes-sobre-estatisticas-de-saude-em-todo-o-mundo/>
- Perry, W., Viglione, D., Jr., & Braff, D. (1992). *The Ego Impairment Index and schizophrenia: a validation study*. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 165-175. doi: 10.1207/s15327752jpa5901_13
- Queiroz, F. S. de (2012). *Autocuidado e qualidade de vida de idosos com parkinson e disfunção miccional*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.
- Silva, P. C. S. Da, Fernandes, A. C. B. C., & Terra, F. S. (2014). Avaliação da depressão e da capacidade funcional em idosos com doença de parkinson. *Revista de Enfermagem UFPE*. 8(7),1920-1927. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201413>
- Stern, M.B., Lang, A., & Poewe, W. (2012). *Toward a redefinition of Parkinson's disease*. *Movement Disorders*, 27 (1), 54-60. doi: 10.1002/mds.24051
- Vilches, L. & Olivos, S. (2004). *Propuesta de parámetros referenciales para la utilización del test de Zulliger individual en selección de personal*. Memoria para optar al título de psicólogo. Santiago de Chile: Universidad de Chile. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/ceballos_l/html/index-frames.html

- Villemor-Amaral, A. E; Machado, & M. A. Dos S. (2011). Indicadores de depressão do Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC). *Paidéia*, 21 (48), 21-27.
[doi:10.1590/S0103-863X2011000100004](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100004)
- Villemor-Amaral, A. E., & Primi, R. (2012). *O Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC): forma individual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weiner, I. B (2003). *Principles of Rorschach interpretation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Avaliação Psicológica de criança com câncer por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach: Um estudo de caso

Nichollas Martins Areco

Ana Luísa Carvalho Guimarães

Sonia Regina Pasian

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

Resumo: Introdução: Ao se defrontar com o diagnóstico e cuidado oncológico, a criança é exposta a fatores e mecanismos de risco de diversas naturezas, podendo haver impactos no curso de seu desenvolvimento. Objetivo: Avaliar possíveis repercussões do adoecimento e tratamento oncológico em indicadores relativos a personalidade em criança com diagnóstico de neoplasia. Método: Dentre participantes de estudo mais amplo sobre características de personalidade de crianças em tratamento oncológico seguidas longitudinalmente, selecionou-se, por características clínicas, caso de neoplasia óssea em membros inferiores. Trata-se de menino de nove anos, do interior do Estado de São Paulo, diagnosticado desde os 6 anos de idade, passando por quimioterapia e procedimentos cirúrgicos constantes. Para este trabalho serão apresentados indicadores técnicos do Método de Rorschach (Escola Francesa), obtidos em duas avaliações, com intervalo de seis meses. Resultados: Foi possível identificar, nesse método projetivo, sinais de que com maior convivência com episódios de sofrimento e perda dos aspectos saudáveis da vida, maior foi seu recolhimento para o mundo interno. Evidenciou indicadores de imaturidade afetiva e restrições em adotar abordagem integradora da realidade, sugerindo dificuldades em desenvolver elaboração favorável da experiência. Emergiram sinais de conflito entre mecanismos racionais empregados para lidar consigo e com o mundo, com ampla afetividade e angústia, o que pode provocar expressões concretas de seus sentimentos no contexto, menor contenção dos impulsos, além de fuga para o mundo imaginativo. Pareceu recorrer à redução do convívio social como estratégia defensiva, embora com bom potencial para relacionamentos interpessoais e identificação com o humano. Conclusão: Por meio do acompanhamento longitudinal do caso pelo Rorschach foi possível detectar impactos do adoecimento físico na vida psíquica da criança e em sua estruturação de personalidade, oferecendo recursos técnicos úteis para compreensão e intervenções em saúde, de modo a diminuir repercussões negativas do quadro oncológico no desenvolvimento infantil, como ilustrado nesse caso.

Palavras-chave: Câncer, desenvolvimento infanto-juvenil, avaliação psicológica, técnicas projetivas.

Introdução

Apesar de ser raro, o câncer pediátrico corresponde a cerca de 3% dos tumores diagnosticados no Brasil. Estimativas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), para os anos de 2014 e 2015, apontam que as neoplasias devem atingir cerca de 11.840 pessoas de zero a 19 anos, e constituirão a segunda causa de morte nessa faixa etária, seja pela gravidade da doença ou intercorrências associadas a ela e ao tratamento (Brasil, 2014).

No período da infância e da adolescência, as neoplasias malignas se originam de células embrionárias que apresentam importante ritmo de proliferação, e evoluem de forma mais veloz que as neoplasias oriundas de células maduras. Por esta razão, o câncer nessa faixa etária tem comportamento mais agressivo e invasivo, mas, em contrapartida, mostra-se mais suscetível ao tratamento farmacológico e ionizante (Brasil, 2009).

Um dos principais recursos para controle e combate à doença oncológica é a administração de combinação de drogas antineoplásicas, conhecida por quimioterapia. Segundo Camargo, Lopes e Novaes (2000), esta conjugação de agentes químicos tem por objetivo interferir em diversos mecanismos bioquímicos do ciclo de vida celular, visando à destruição de novas células tumorais, e o controle e erradicação das formações anômalas. Por ter efeito sistêmico, desencadeia importantes efeitos colaterais, a saber: cansaço, náusea e vômitos, perda de cabelos, depressão do sistema imunológico e nas funções da medula óssea, reações alérgicas e cutâneas. Mesmo em períodos posteriores ao uso das drogas quimioterápicas, estes medicamentos podem trazer comprometimentos cardíacos, pulmonares e neurológicos (Hospital do Câncer, 2003). Ademais, a utilização de irradiação ionizante da região afetada, a abordagem cirúrgica com objetivo a ressecção total ou parcial do tumor ou do tecido comprometido, e o transplante de órgãos e tecidos, são terapêuticas frequentemente utilizadas de forma isolada ou combinada, a depender da natureza da doença neoplásica.

Revela-se desta forma que tanto o adoecimento quanto o tratamento oncológico representam uma situação complexa, envolvendo não somente os recursos terapêuticos e tecnológicos refinados da Medicina, mas a compreensão que o câncer incide sobre aspectos psicossociais. Ao passar pelo cuidado oncológico, a criança e o adolescente experimentam as mais diversas situações vulnerabilizantes, implicando em: realização de procedimentos invasivos em exames laboratoriais ou administração de medicação via endovenosa ou em intervenções cirúrgicas; rupturas no cotidiano; modificação das relações familiares e sociais; alteração no brincar e convivência com a escola; modificação da autoimagem; efeitos adversos gerados pelo tratamento, além de momentos agudos de angústia e temor da morte (Mitchell, Clarke & Sloper, 2006; SIOP, 2009).

Assim, ao adoecer, o paciente de oncologia pediátrica sofre pressões no processo de desenvolvimento normal, uma vez que é exposto a extensa gama de riscos biológicos, sociais e psíquicos. Conforme esclarecem Kurtz e Abrams (2011), as reações aos fatores de risco e aos impactos sobre o processo evolutivo variarão conforme o tipo de câncer que acometeu a pessoa, bem como faixa etária do paciente pediátrico, com prevalência das características próprias das conquistas do desenvolvimento até então adquiridas pela criança.

Nesse contexto, faz-se relevante considerar fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento. Polleto e Koller (2011) definem o conceito de “fator de risco” como

todo e qualquer tipo de acontecimento ou fenômeno pertinente à história de vida do indivíduo que pode gerar impacto negativo para seu desenvolvimento, aumentando a probabilidade da pessoa manifestar problemas físicos, psicológicos e sociais. Entretanto a presença do risco não pressupõe a criação de uma realidade marcada pela vulnerabilidade. Tampouco o próprio risco pode ser estabelecido por meio de direta associação de um fator específico frente a instalação de algum problema ou dificuldade na vida das pessoas, famílias e comunidades. Pelo contrário, o grau e o tipo de impactos produzidos pelo fator de risco tem ação distinta na pluralidade da população, além de se alterar conforme o desenvolvimento do indivíduo e as condições estabelecidas para lidar com eles. Há que se considerar ainda que o tempo e a intensidade de exposição a este fator podem alterar sua reação ao mesmo (Masten, 2001; Paludo & Koller, 2005). Desta maneira a combinação de fatores de risco de diversas naturezas comporiam mecanismos de risco, que poderiam comprometer as expectativas do desenvolvimento de diferentes âmbitos do ser, culminando em desfecho desenvolvimental negativo ou desfavorável (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Em detrimento destes mecanismos nocivos, é preciso ressaltar que os recursos pessoais disponíveis no contexto na qual se inscreve e que auxiliam a apropriação, o enfrentamento e a superação de situações de risco são denominados “fatores de proteção”. Segundo Rutter (1985), estes fatores não têm origem em eventos prazerosos e sua principal característica é auxiliar a pessoa a lidar com a situação de risco, oferecendo respostas adaptativas e de superação. Os fatores de proteção podem ser originários de características próprias da pessoa ou de experiências prévias. Uma das condições necessárias para promover modificação evolutiva do ser humano é a existência de contextos permeados por atuantes fatores de risco, coexistindo com fatores protetores.

Santos e Dell’Aglia (2011), ao revisitarem esse último conceito, apontam que há três grandes grupos de fatores de proteção: aqueles pertinentes às características de personalidade individual, as qualidades do suporte afetivo oferecidos pelo grupo familiar, e o suporte social atuante e eficiente. A respeito do suporte familiar, Walsh (2005) argumenta que, além do suporte afetivo, a família pode oferecer vasto campo de elaboração de experiências e respostas positivas diante da situação de crise, vinculados ao sistema de crenças familiares, padrões organizacionais do grupo e processos de comunicação entre seus membros.

Deste modo, dentro da diversidade de variáveis envolvidas no modo dos indivíduos enfrentarem o câncer, as características de personalidade também exercem reconhecida influência no processo adaptativo diante das particularidades e desafios representados pelo processo de cuidado oncológico (Diehl & Hay, 2013; Peres & Santos, 2009). Quando se focaliza a etapa da infância e da adolescência, onde as bases estruturais da personalidade estão em formação, também se pode reconhecer variáveis relevantes para a compreensão dos mecanismos adaptativos dos indivíduos diante do quadro oncológico.

Diante do impacto que o diagnóstico de neoplasia pode gerar na trajetória de vida do paciente pediátrico, bem como a intensa convivência com fatores de risco ao longo do processo de cuidado oncológico, tornam-se evidentes condições especiais ao processo de desenvolvimento infanto-juvenil nesses casos. Essa realidade torna relevante e ilustrativa a apresentação do presente trabalho, com objetivo de avaliar possíveis repercussões do adoecimento e tratamento oncológico em indicadores relativos a personalidade em criança com diagnóstico de neoplasia.

Método

Este trabalho configura-se como um estudo de caso longitudinal (com avaliação e reavaliação psicológica após seis meses), de natureza quantitativa, descritivo e interpretativo a partir de instrumento de avaliação psicológica. Trata-se de um voluntário, avaliado em pesquisa maior, vinculada ao doutorado do primeiro autor, que teve diagnóstico oncológico na infância e que foi acompanhado em dois momentos distintos de seu desenvolvimento.

Participante

Dentre participantes de um estudo mais amplo sobre características de personalidade de crianças em tratamento oncológico seguidas longitudinalmente, selecionou-se, por características clínicas, caso de neoplasia óssea em membros inferiores. Trata-se de menino de nove anos, nascido e morador no interior do Estado de São Paulo, diagnosticado desde os seis anos de idade, passando por quimioterapia e procedimentos cirúrgicos constantes. Aqui será nomeado como André (nome fictício). Para este trabalho serão apresentados indicadores técnicos do Método de Rorschach (Escola Francesa), obtidos em duas avaliações, com intervalo de seis meses.

André deu entrada no Setor de Oncologia Pediátrica de um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo aos seis anos de idade, apresentando importantes alterações em membro inferior esquerdo. Após a realização de diversos exames de imagem, recebeu o diagnóstico de Sarcoma de Ewing, doença neoplásica agressiva que se origina de células neuroectodérmicas primitivas, afetando principalmente ossos chatos e longos do corpo. No caso de André, o fêmur esquerdo fora acometido pelo tumor.

No momento do diagnóstico, André se julgava culpado pelo adoecimento, pois associava o tumor ao fato de ter pulado de um muro, em clara desobediência a orientações de sua mãe. Nessa época, seus indicadores de desenvolvimento global eram compatíveis com seu grupo de referência. Sinalizava importante abertura ao contato interpessoal, mas apresentava história pregressa de extrema dificuldade em compreender e seguir limites e regras sociais.

A partir da definição diagnóstica, iniciou o tratamento quimioterápico hospitalar recebendo combinação de drogas a cada 21 dias. Após a realização de quatro ciclos de quimioterapia, passou por intervenção cirúrgica conservadora, com preservação do membro inferior em sua aparência e funcionalidade. Posteriormente, deu sequência ao protocolo de cuidado oncológico, realizando mais sete ciclos de quimioterapia com intervalo de tempo de aproximadamente três semanas entre eles.

Após a conclusão do processo de tratamento e a constatação da remissão completa do câncer, vivenciou intercorrências em seu estado de saúde. Foram necessários novos procedimentos cirúrgicos com intuito de corrigir alterações na prótese óssea.

Permaneceu fora de tratamento hospitalar aproximadamente por dez meses, quando passou a experimentar novos episódios de dor e alteração do membro direito. Após investigação médica, foi diagnosticado novo Sarcoma de Ewing, desta vez em fíbula direita. Assim, aos oito anos de idade passou por novo processo de tratamento oncológico, contemplando ciclos de quimioterapia, cirurgia conservadora, e internações hospitalares para administração de drogas quimioterápicas ou devido a efeitos secundários do próprio tratamento. Após um ano de processo terapêutico, foi constatada nova remissão completa do câncer, fato que levou o paciente pediátrico a receber alta do serviço.

Entretanto, após nove meses de sobrevivência saudável, passou a manifestar dores intensas em membros inferiores, perda considerável na qualidade de vida, com

recorrentes manifestações de ansiedade e desconforto. Vivenciou extensa investigação diagnóstica, realizando exames de imagem e biópsia dos membros afetados visando a detecção da entidade patológica, e após o período de quatro meses foi detectado o acometimento por um novo tipo de câncer, o Linfoma Anaplásico. Esta é uma doença neoplásica originada de células especializadas em auxiliar no processo de imunidade do corpo, vinculadas às estruturas componentes do sistema linfático. Este tipo de neoplasia pode acometer não só o sistema linfático, mas outros órgãos e ossos. Devido a isso, foi submetido a outros seis ciclos de quimioterapia, com retornos hospitalares rotineiros para observação do quadro.

Vale ressaltar que, neste atual momento do tratamento (quando foi realizada sua avaliação psicológica), André se mostrava mais fechado ao contato interpessoal, menos espontâneo e evitando expressar de forma clara seus sentimentos e pensamentos. Isto se dava principalmente no contexto de internação hospitalar, onde sinalizava a crença de que jamais estaria plenamente livre de episódios de adoecimento oncológico e do sofrimento trazido pela terapêutica empregada, além do medo da morte. Mostrava-se ansioso e com menor limiar de frustração, o que levava a frequentes episódios de manifestações explosivas, além de busca de ganhos secundários em contextos saudáveis, como no ambiente familiar e escolar, e fuga constante dos compromissos pertinentes ao cotidiano comum.

Materiais

Para esse trabalho utilizou-se, inicialmente, informações contidas no prontuário médico do caso, existente no hospital universitário onde André é atendido, associado aos dados obtidos por meio do Método de Rorschach. Esse método projetivo de avaliação da personalidade foi aplicado e analisado conforme diretrizes da Escola Francesa (Anzieu, 1986; Rausch de Trautenberg, 1998). Para a interpretação dos achados recorreu-se aos fundamentos analíticos desse método acrescidos aos parâmetros normativos dos estudos de Raspantini (2010), tendo em vista a idade atual de André (9 anos) nesse momento de avaliação psicológica.

Procedimentos

Inicialmente deve-se apontar que foram tomados todos os cuidados éticos em pesquisa com seres humanos, seguindo-se os procedimentos de respeito aos voluntários

e a instituição, de acordo com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

As atividades realizadas neste trabalho ocorreram após a devida análise e aprovação do projeto de pesquisa mais amplo, que contempla o Doutorado do primeiro autor deste trabalho, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE no. 42183715.6.0000.5407). Como nos demais casos clínicos avaliados no referido projeto, o processo de coleta de dados seguiu os seguintes passos: a) exposição dos objetivos do estudo aos pais da criança em tratamento oncológico; b) aceite da proposta pelos responsáveis familiares (com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); c) convite e assentimento da criança para a pesquisa; d) aplicação do Método de Rorschach (primeira avaliação); e) reaplicação do Método de Rorschach após seis meses, no mínimo (segunda avaliação).

No caso de André, a primeira aplicação do Rorschach ocorreu em junho de 2015, enquanto finalizava o segundo tratamento oncológico. Sua reavaliação ocorreu em dezembro do mesmo ano (após seis meses da primeira avaliação psicológica), período em que o garoto estava em remissão completa. Entretanto, nesse segundo momento estava sob nova investigação diagnóstica pela equipe médica do hospital, visando determinar a causa de seus sintomas.

Para o processo de sistematização dos achados referentes aos dois momentos avaliativos de André, pelo Método de Rorschach, considerou-se adequado recorrer à proposta de Loureiro e Romaro (1985), voltada à interpretação clínica de casos em processos de avaliação psicodiagnóstica. Diante dos objetivos do presente trabalho, voltados à ilustração do impacto do câncer e do tratamento oncológico em crianças, por meio de um estudo de caso acompanhado longitudinalmente, considerou-se profícua a estratégia técnica realizada pelas autoras, na medida em que agrupam os índices do instrumento em funções psíquicas. Desse modo, os indicadores da Escola Francesa do Rorschach foram organizados em termos do funcionamento lógico e socioafetivo, evidenciando características da estrutura e dinâmica da personalidade a partir dos achados referentes a: produção, ritmo, pensamento, teste do real, controle dos impulsos, relacionamentos interpessoais e mecanismos de defesa, comparando-se os dois momentos avaliativos desse caso clínico.

Resultados

Cabe lembrar que André foi avaliado, pelo Método de Rorschach, quando possuía nove anos de idade. Os dados foram inicialmente sistematizados de acordo com

as características do funcionamento psíquico (Loureiro & Romaro, 1985), comparando-se os indicadores projetivos a partir da aplicação e da reavaliação do caso, obtidos com intervalo de seis meses. Posteriormente os achados foram integrados numa interpretação clínica global, buscando evidenciar os principais achados derivados do acompanhamento longitudinal desse caso infantil em complexo tratamento oncológico.

Os dados relativos à capacidade produtiva e ao ritmo de trabalho associativo de André estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. *Índices de produção e ritmo nos dois momentos avaliativos do Rorschach.*

Indicadores Rorschach	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Normas **
Número de Respostas	31	22	16,5
Respostas adicionais	-	-	0,3
Denegações	-	-	-
Recusas	-	-	0,1
Tempo de Latência (TLm) *	7,8	10,0	16,8
Tempo de Resposta Médio (TRm)*	27,0	44,0	32,8

*Expressos em segundos.

**Elaboradas por Raspantini (2010).

Nos dois momentos avaliativos, André produziu número de respostas superior ao esperado para seu grupo de referência, o que pode denotar apurada capacidade associativa, e importante possibilidade de abstrações a partir do contato com realidade. Essa produção mais elevada pode sinalizar ainda forte grau de exigência interna, bem como ansiedade diante dos desafios colocados pelo mundo a sua volta.

Estes apontamentos foram reforçados pelos índices do ritmo de produção (TLm e TRm), bastante rápidos. Nota-se que, durante a segunda avaliação, o tempo médio de respostas foi um pouco maior, porém ainda dentro do esperado. Ao observar a qualidade das respostas, é possível compreender a alteração do tempo médio no segundo momento como possível reflexo do maior nível de elaboração de sua produção.

Os indicadores relativos ao funcionamento lógico e ao estilo de apreensão e organização da realidade podem ser visualizados na Tabela 2. Entre esses indicadores constam os modos de apreensão do Rorschach, determinantes formais e de movimento humano, além das proporções de conteúdos animais e humanos.

Tabela 2. Índices referentes ao funcionamento lógico nos dois momentos avaliativos do Rorschach.

Indicadores Rorschach		Primeira avaliação	Segunda avaliação	Normas *
Modos apreensão	G%	13,0	23,0	39,1
	D%	55,0	23,0	34,4
	Dd%	29,0	54,0	25,7
	DbI%	3,0	-	0,7
Determinantes	F%	51,5	18,0	63,1
	F+%	62,0	25,0	73,3
	F+ext%	59,0	68,0	74,4
	K%	3,0	9,0	6,4
Conteúdos	A%	35,5	59,0	58,0
	A% + H%	58,0	68,0	78,7
	H : Hd	4 : 3	2 : 0	2,5 : 1
	A : Ad	9 : 2	13 : 0	8 : 1,5

*Elaboradas por Raspantini (2010).

Na primeira avaliação nota-se que André focalizou prioritariamente a interpretação de elementos pregnantes da realidade (D% foi o modo de apreensão mais frequente), seguido pela análise detalhista dos estímulos (Dd% = 29,0). Seis meses após, no entanto, priorizou as minúcias em seu contato com o ambiente (Dd% = 54,0). Nas duas aplicações do Rorschach André realizou poucas análises integradoras dos estímulos (respostas globais ocorreram em reduzida proporção em relação ao esperado para sua faixa etária), sugerindo que seus processos analíticos se centravam em detalhes da situação, o que se intensificou na segunda avaliação. Ou seja, há que se considerar que suas vivências durante o tratamento oncológico exigiram específico processamento lógico, limitando sua apreensão geral da realidade, comum entre as crianças de sua idade (predomínio de respostas globais).

Ao se examinar os determinantes de suas respostas, é possível observar importante variação entre os dois momentos avaliativos. Na primeira aplicação do Rorschach, André sinalizou investimento racional em seu processo interpretativo dos estímulos (F%=51,5, um pouco inferior à média normativa), enquanto na reavaliação houve intensa redução desta estratégia de contato (F%=18,0). Em outras palavras, pode-

se apontar que na segunda avaliação André evidenciou sobrecarga afetiva invadindo seu funcionamento lógico, limitando sua precisão analítica da realidade, que inicialmente estava preservada (redução intensa no F+%). É interessante apontar, no entanto, que tendeu à correta análise do ambiente ao integrar elementos lógicos e afetivos (F+ext%), acompanhando a expectativa normativa para sua faixa etária (leve rebaixamento em relação ao esperado). Sinalizou, portanto, claros recursos de organização interna, mesmo diante das adversidades vivenciadas em seu cotidiano de vida durante esse período.

O garoto apontou manter a diversificação em seus interesses e conteúdos expressivos nos dois momentos em que foi avaliado, conseguindo, inclusive, aproximar-se mais de formas padronizadas de interpretação da realidade (elevação dos conteúdos animais em suas respostas) na segunda avaliação. Todavia, é importante comentar que, na segunda aplicação do Rorschach, André adotou um modo mais metódico de exame da realidade, limitando sua percepção de elementos relevantes e integradores. Aparentemente, o pensamento se tornou um recurso frágil para lidar com as pressões exercidas pelos impulsos, contaminando suas possibilidades de apreender e elaborar o mundo a sua volta, afetando a qualidade do seu funcionamento lógico.

O detalhamento relativo à análise de sua forma de pensar foi estruturado a partir dos indicadores pontuados na Tabela 3, referentes ao teste da realidade. Mais uma vez são apresentados os dados dos dois momentos avaliativos, contrapondo-se às expectativas normativas para sua faixa etária.

Tabela 3. *Índices referentes ao teste do real nos dois momentos avaliativos do Rorschach.*

Indicadores Rorschach	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Normas *
D%	55,0	23,0	34,4
F+%	62,0	25,0	73,3
F ext%	59,0	68,0	74,4
A%	35,5	59,0	58,0
Ban%	3,0	9,0	20,4

*Elaboradas por Raspantini (2010).

Ao considerar a capacidade de discriminar a realidade e promover adaptação social de caráter intelectual, na primeira etapa avaliativa, André sinalizou indicadores de melhor adaptação à realidade, quando comparado com sua segunda avaliação. Após seis

meses da primeira aplicação do Rorschach, o garoto sinalizou particularização na percepção do contexto e de suas vivências, além de dificuldade em manter atenção estável na realidade, com insuficiência de mecanismos de controle intelectual dos impulsos e com indícios de transbordamento afetivo.

Uma análise mais específica de sua sensibilidade interna pode ser realizada a partir dos indicadores sistematizados na Tabela 4. Referem-se, de modo geral, à força e ao controle dos impulsos.

Tabela 4. Índices referentes ao controle de impulsos nos dois momentos avaliativos do Rorschach.

Indicadores Rorschach	Primeira avaliação	Segunda avaliação
Tipo de Ressonância Íntima*	1 : 4,5 (ED)	2 : 6 (ED)
Segunda fórmula afetiva**	5 : 0,5 (ID)	8 : 0 (IP)
Reatividade afetiva***	48,0% (Extratensivo)	63,5% (Extratensivo)
Fórmula da Angústia	19,0%	9,0%
K : kan + kob + kp	1 : 5	2 : 8
FC : CF+C	3 : 3	4 : 4
FE : EF+E	1 : 0	0 : 0
$\Sigma C : \Sigma E$	4,5 : 1,5	6 : 0

* TRI = tipo de ressonância íntima. Corresponde ao número de respostas de movimento humano em comparação com o total de respostas de cor ponderadas (soma Cp).

**Corresponde à proporção entre a soma de respostas de pequenas cinestésias e a soma de respostas de sombreado ponderadas (soma Ep).

***Reatividade afetiva (ou terceira fórmula afetiva): porcentagem do número de respostas nos cartões coloridos (VIII, IX e X) em relação ao total de respostas.

ED = extratensivo dilatado; ID = introversivo dilatado; IP = introversivo puro.

Nos dois momentos avaliativos, André evidenciou forte sensibilidade e impulsividade, sugerindo bom dinamismo em sua vida mental e riqueza de afetos em sua personalidade. Pareceu expressar seus sentimentos de forma mais aberta no ambiente (tipo extratensivo dilatado no TRI), mantendo espontaneidade das vivências afetivas e satisfação na vivência imediata. Sinalizou bons recursos afetivos disponíveis na personalidade, ainda pouco amadurecidos, o que parece compatível com sua idade. No entanto, evidenciou desejos de grande expressão emocional no ambiente, sugerindo inquietações internas e sobrecarga emocional, difícil de ser elaborada. Isto tende a se somar ao enfraquecimento de suas possibilidades de controle racional da angústia,

produzindo estados de ansiedade e possibilidade de descarga explosiva de seus afetos no mundo a sua volta.

Diante das fortes necessidades afetivas, torna-se relevante examinar suas possibilidades de expressão no ambiente em interações sociais. Os indicadores relativos ao funcionamento socioafetivo foram, então, sistematizados na Tabela 5.

Tabela 5. Índices referentes aos relacionamentos interpessoais nos dois momentos avaliativos do Rorschach.

Indicadores do Rorschach	Primeira avaliação	Segunda avaliação
K%	3,0	9,0
H%	22,5	9,0
FC%	9,0	18,0
Tipo de Ressonância Íntima	1 : 4,5 (ED)*	2 : 6 (ED)*

*ED = tipo extratensivo dilatado.

André apontou, na primeira avaliação, claro interesse em estabelecer aproximação com seus semelhantes, conseguindo relações interpessoais calorosas e significativas (H% levemente superior à média normativa). Contudo, com a sobreposição dos estados afetivos tende a fragilização de sua coordenação lógica, evidenciando sinais de dificuldades no processo de adaptação socioafetiva, os quais se intensificaram na segunda aplicação do Rorschach. Nesse segundo momento manifestou indicadores claros de afastamento do contato íntimo com seus pares, adotando esforços de característica repressiva para lidar com os afetos experimentados na situação de encontro com o outro, apesar do estilo extratensivo de organização psíquica. Nesse sentido sinalizou, na segunda avaliação, menor disponibilidade para os contatos interpessoais, o que tende a limitar ainda mais suas possibilidades de satisfação nos vínculos sociais, podendo causar novas inquietações e sobrecarga interna.

Pode-se comentar que os indicadores do Rorschach de André, nos dois momentos avaliativos, sugerem adequado desenvolvimento psíquico, típico da infância. Sinalizou uso da intelectualização para lidar com as pressões internas e angústias trazidas pelas repercussões afetivas vividas na relação com o ambiente. Entretanto, conforme a experiência de tratamento oncológico de longa em sua vida, as estratégias de fechamento interpessoal entram em funcionamento, com ação de mecanismos de defesa de natureza evitativa. Pareceu existir alternância entre a utilização de

mecanismos de defesa de configuração repressiva e de afastamento afetivo entre os dois momentos avaliativos, tendendo a vivências de invasão dos aspectos afetivos sobre os recursos cognitivos de adaptação e enfrentamento das angústias, podendo limitar seu amadurecimento e adequado desenvolvimento psíquico.

Discussão

Ao empreender esforço de compreensão de características de personalidade de uma criança de nove anos em seu processo de desenvolvimento ao longo de grande convívio hospitalar e de intensas intervenções médicas, nota-se a riqueza das informações obtidas a partir do Método de Rorschach. A avaliação psicológica realizada em dois momentos do último ano de vida de André constatou seu adequado potencial cognitivo, compatível com as características do pensamento operatório-concreto, esperado para sua faixa etária. Entretanto, a maturação dos recursos cognitivos e o pleno uso de suas potencialidades latentes recebem impactos da convivência crônica com a experiência de adoecimento. Ficaram claros indícios de crescente sobrecarga impulsiva e de elevação das imprecisões no funcionamento lógico entre a primeira e segunda aplicação do Rorschach, limitando suas possibilidades de abordagem integradora da realidade e favorável elaboração das experiências vividas. Sem essa avaliação por meio desse método projetivo, dificilmente estariam claros esses movimentos internos, o que, por sua vez, pode dificultar estratégias de intervenção da equipe multiprofissional responsável por seus cuidados.

Estas considerações relativas à dificuldade da criança lidar com o tratamento oncológico já foram expostas por Valle e Ramalho (2008). Argumentaram que a criança com câncer recebe negativamente os reflexos das transformações corporais, isolamento social e alterações no cotidiano escolar e sócio familiar.

No presente caso esse processo foi observado tanto nos índices da avaliação psicológica realizada, como na observação clínica de seu comportamento. Pode-se comentar que o adoecimento e o intenso tratamento médico podem estar a comprometer seu senso de competência e percepção de eficácia diante da resolução de problemas, além de fragilizar mecanismos cognitivos para elaborar angústias, tendendo a fortalecer fantasias de impossibilidade do retorno a uma vida saudável.

Sobre a dinâmica afetiva, Gesell (1998) caracteriza a criança desta faixa etária como portadora de forte tonalidade emocional, aberta à vivência de emoções mais positivas, com capacidade de exercitar a empatia por outras pessoas. Apresenta maior

impulsividade, além de demonstrações afetivas mais intempestivas no ambiente. Em função do próprio desenvolvimento cognitivo e emocional, consegue estabelecer planejamento das relações sociais, percebendo os efeitos de suas atitudes e expressões sobre as pessoas próximas, conseguindo avaliar as consequências de seus atos, bem como dos atos de outrem sobre si.

Ao contrapor essas expectativas teóricas sobre o caso aqui estudado, pode-se dizer que André apresenta aspectos típicos do desenvolvimento afetivo e social. Contudo, ao experimentar constantes riscos advindos da terapêutica oncológica e a angústia gerada pela instabilidade de seu quadro de saúde, emergem sinais de conflito entre mecanismos racionais e a forte impulsividade, o que pode provocar expressões concretas de seus sentimentos no contexto, menor contenção emocional, além de fuga para o mundo imaginativo. Pareceu recorrer à redução do convívio social como estratégia defensiva, embora com bom potencial para relacionamentos interpessoais e identificação com o humano.

O caráter evitativo percebido na segunda aplicação do Rorschach pode ser associado à estratégia de adaptação e elaboração imatura da personalidade para lidar com angústias e conflitos nocivos ao ego. Como esclarece Peçanha (2008), as estratégias defensivas frente ao adoecimento oncológico não se dão unicamente pela realização ostensiva de tarefas e atitudes permeadas por iniciativas, mas pode se manifestar como evitação das mesmas, com intuito de modificar a situação que se mostra nociva ou alterar a experiência psíquica. Williams, Allen e Phipps (2011) também descrevem que crianças diagnosticadas com enfermidades neoplásicas adotariam um modelo adaptativo repressivo como resposta diante de fatores de risco e situações estressantes.

Ainda sobre o afastamento de relações sociais e isolamento, Papalia, Olds e Feldman (2006) elucidam que a criança desta faixa etária muitas vezes suprime a expressão emocional visando autopreservação, tanto dos efeitos de seus sentimentos no ambiente, quanto como o sentimento dos outros poderiam afetá-lo. É possível notar sinais desses mecanismos na dinâmica da personalidade de André, que passa a evitar o contato com o mundo a sua volta visando evitar maior mobilização emocional e frustrações. A modificação do contato tranquilo com o mundo (derivado do constante adoecimento) pareceu promover em André estremecimentos em sua percepção de semelhança com seus pares, reduzindo sua autonomia e a percepção que pode viver sua existência de forma segura e protegida, tal qual garotos de sua idade.

À guisa da conclusão constata-se que, por meio do acompanhamento longitudinal do caso pelo Método de Rorschach, foi possível detectar impactos do adoecimento físico na vida psíquica da criança e em sua estruturação de personalidade. Esses indicadores, impossíveis de serem detectados por observação direta, funcionaram como recursos técnicos úteis para compreender e promover intervenções em saúde, de modo a diminuir repercussões negativas do quadro oncológico no desenvolvimento infantil, como ilustrado nesse caso.

Referências

- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. (M. L. E. Silva, trad.). (5a ed.). Rio de Janeiro: Campus.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2014). *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer & Instituto Ronald McDonald (2009). *Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente*. Rio de Janeiro: INCA.
- Camargo, B.; Lopes, L. F.; & Novaes, P. E. (2000). O tratamento multidisciplinar das neoplasias na infância. *In*: Camargo, B. & Lopes, L. F. (Orgs.). *Pediatria Oncológica: noções fundamentais para Pediatria* (pp. 215-229). São Paulo: Lemar.
- Diehl, M., & Hay, E. L. (2013). Personality-related risk and resilience factors in coping with daily stress among adult cancer patients. *Research in Human Development*, 10(1), 47-69.
- Gesell, A. (1998). *A Criança dos 5 aos 10 anos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Hospital do Câncer. (2003). *Crianças com câncer: o que devemos saber?* São Paulo: Comunique Editorial.
- Kurtz, B.P. & Abrams A.N. (2011) Psychiatric aspects of pediatric cancer. *Pediatric Clinics of North America*, 58(4), 1003-1023.
- Loureiro, S.R. & Romaro, R.A. A (1985). Utilização das Técnicas Projetivas. Bateria de Grafismo de Hammer e Desiderativo como instrumentos de diagnóstico – estudo preliminar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 37(3) 132-41.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Mitchell, W.; Clarke, S.; & Sloper, P. (2006). Care and support needs of children and young people with cancer and their parents. *Psycho-Oncology*, 15(9), 805–816.

- Paludo, S.S. & Koller, S. H. (2005). Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 187-195.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). Sobre o desenvolvimento humano. Em: Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (Orgs.). *Desenvolvimento Humano* (pp. 45-200). Porto Alegre (RS): Artmed.
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. Em: Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., & Liberato, R. (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 209- 207). São Paulo: Summus.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 611-620.
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2001). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. Em: Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H. & Yunes, M. A. M. (Orgs.). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Raspantini, R. L. (2010). *Psicodiagnóstico de Rorschach em crianças de 9 a 11 anos: um estudo normativo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Rausch de Trautenberg, N. (1998). *A prática do Rorschach*. (A. J. Lelé, trad.). São Paulo: Vetor.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Santos, L. L. & Dell’Aglío, D. D. (2001). A constituição de moradas nas ruas como processo de resiliência em adolescentes. Em: Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H. & Yunes, M. A. M. (Orgs.). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. (pp. 203-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica – SIOP (2004). *Orientações Sobre Aspectos Psicossociais em Oncologia Pediátrica*. Françoso, L.P.C. & Valle, E.R.M. (Trad.). Ribeirão Preto (SP): GACC.
- Valle, E. R. N. & Ramalho, M. A. N. (2008) Câncer Infantil: a difícil trajetória. Em: Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., & Liberato, R. (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 505- 516). São Paulo: Summus.

Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.

Williams, Allen e Pippas (2011). Adaptive style and physiological reactivity during a laboratory stress paradigm in children with cancer and healthy controls. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(5), 372–380.

Contribuição da avaliação psicológica em processos de adoção de crianças: Estudos de casos múltiplos

Nicole Medeiros Guimarães Eboli

Erika Tiemi Kato Okino

Fernanda Aguiar Pizeta

Sonia Regina Pasian

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo.

Resumo: Processos de adoção são pautados por expectativas e dificuldades técnicas, envolvendo complexos fatores e acentuando a importância da avaliação do psicólogo para subsidiar decisões judiciais. O presente trabalho objetiva o exame de características de personalidade de mulheres inférteis envolvidas em processos de adoção de crianças. Para tanto, buscou-se caracterizar e comparar, por meio do método de estudo de casos múltiplos, características de personalidade de três mulheres, dentre as 60 avaliadas em uma pesquisa de doutorado, a saber: uma mãe adotiva, uma mãe inscrita no sistema judiciário para adoção de crianças e uma mãe biológica, com idades entre 30 e 50 anos, em união conjugal, com escolaridade média ou superior. Foram avaliadas individualmente por meio do *Self-Reporting Questionnaire*, Bateria Fatorial de Personalidade, Questionário Desiderativo e Psicodiagnóstico de Rorschach (escola francesa). Quanto a indicadores de identidade, funcionamento lógico e angústia, os dados da avaliação psicológica sugeriram que a pretendente à adoção apresentou adequado ajuste lógico à realidade, acompanhado, no entanto, de sinais psicopatológicos, com destaque para indicadores depressivos, de angústia e identidade fragilizada. A mãe adotiva sinalizou identidade preservada, ajuste lógico à realidade, dinamismo nas interações sociais e adequado controle dos afetos, porém com angústia frente aos impulsos. A mãe biológica apresentou indicadores de identidade preservada, com adequado ajuste lógico e afetivo no contato com a realidade, permeados por elementos criativos e dinâmicos nos contatos interpessoais. Diante da análise em profundidade dos dados, observou-se que a pretendente à adoção apresentou indicadores mais relevantes de instabilidade emocional e relativos à identidade, em comparação às que já são mães (adotiva ou biológica). Ressalta-se, assim, a relevância do investimento em pesquisas voltadas para o uso de instrumentos padronizados de avaliação psicológica em processos judiciais de adoção, pois estes podem revelar importantes aspectos da personalidade, a serem considerados no trabalho do psicólogo no contexto jurídico.

Palavras-chave: Adoção, personalidade, testes de personalidade, avaliação, poder judiciário.

Introdução

O psicólogo jurídico, quando inserido no contexto do Poder Judiciário, é chamado a usar seus conhecimentos técnico-científicos para compreender fenômenos psicológicos subjacentes a processos judiciais, primordialmente, nas áreas da Infância, Juventude e Família, e emitir laudos e pareceres a fim de subsidiar decisões judiciais. Dentre as diversas atribuições pertinentes ao trabalho cotidiano dos psicólogos judiciais, está a avaliação e a preparação das chamadas “famílias substitutas”, ou seja, pessoas que pretendem acolher crianças junto a seus núcleos familiares mediante guarda ou adoção. O psicólogo judiciário desenvolve, assim, atividades de avaliação, orientação e de aconselhamento aos pretendentes à adoção (Fábio, Melão & Jorge, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pondera que a adoção deverá ocorrer apenas quando estiver fundada em motivos legítimos e apresentar vantagens ao

adotando, que deverá se desenvolver em ambiente saudável. Há apenas um único critério objetivo para se considerar um ambiente familiar como inadequado para adoção, segundo ECA: a presença de pessoas dependentes de álcool e de outras drogas ilícitas. Assim, na avaliação realizada pela equipe profissional da Vara da Infância e da Juventude de pretendentes à adoção, considera-se que, na constituição de uma nova família, é fundamental proporcionar para as crianças/adolescentes que já sofreram uma ruptura afetiva anterior, um ambiente acolhedor e favorecedor do estabelecimento de novos vínculos. A preocupação nestes casos é de identificar se os pretendentes à adoção podem vir a receber, de forma emocionalmente saudável, uma criança na condição de filho. Assim, na avaliação, trata-se de receber estes pretendentes, compreender determinantes (conscientes e inconscientes) envolvidos em sua motivação para tornarem-se pais e mães adotivos, bem como avaliar se, por suas características pessoais, de personalidade e disposição pessoal, estariam dentro do considerado “perfil adequado” para o desempenho de tal papel (Shine, 2005).

Neste âmbito de atuação profissional, os psicólogos utilizam instrumentos e métodos para realizar a avaliação destes pretendentes à adoção, visando alcançar o máximo de informações e de indicadores que permitam a elaboração de inferências a respeito das chances de sucesso na futura adoção. Zanetti, Oliveira e Gomes (2013) destacam a manutenção do desejo da descendência e a relevância de que os profissionais do Sistema de Justiça identifiquem, na avaliação de pretendentes à adoção, espaço de reflexão sobre família, os valores, os modelos e as questões da contemporaneidade que permitam concluir tecnicamente sobre a questão do pedido de habilitação de pretendentes à adoção. Além disso, durante a aproximação entre pretendente e criança a ser adotada, é esperado que o psicólogo realize intervenções necessárias para o estreitamento dos vínculos familiares entre pais e filhos adotivos (Paiva, 2004). Trata-se de tarefa bastante complexa, exigindo criterioso trabalho do profissional de Psicologia, e seu constante aprimoramento.

A adoção é, portanto, um tema bastante complexo, conforme apontam alguns autores. Levinzon (2006) pondera que a ação de adotar proporciona à criança uma família, um lar onde receberá carinho e cuidados para crescer sadiamente, incluída numa base social segura. Em diversos estudos sobre essa temática ao longo do tempo, a adoção oportuniza para a maioria dos pais que realizem o desejo de ter um filho, muitas vezes algo que não ocorreu pelas vias biológicas por questões relativas à infertilidade, seja ela primária (nunca tiveram filhos) ou secundária (já geraram crianças, mas no

momento não conseguem) (Cassin, 2000; Mariano & Rossetti-Ferreira, 2004; Scorsolini-Comin, Amato, & Santos, 2006; Sonogo & Lopes, 2009; Giacomozzi, Nicoletti, & Godinho, 2016).

A experiência da infertilidade tende a ser traumática, segundo Nascimento e Térzis (2010), pois rompe com as chamadas “transições normais” da vida de um casal, podendo com isso gerar prejuízos diversos na vida conjugal. Ainda, no estudo desenvolvido por estes autores, foram verificados sentimentos de culpa, inferioridade e baixa autoestima nos casais inférteis, confirmando evidências de que a infertilidade pode representar profunda ferida emocional. Em uma revisão sistemática da literatura, Félix e Almeida (2016) destacam que a frustração de perspectiva dessas pessoas pode favorecer alterações emocionais, com prejuízos pessoais e sociais, bem como na relação conjugal, destacando a mulher como aquela que vivencia mais sintomas psicológicos se comparada com seu parceiro, o que foi confirmado previamente no estudo empírico de Faria, Grieco e Barros (2012).

Levinzon (2006) e Ghirardi (2008) focalizaram fantasias inconscientes que podem emergir ao se decidir pela adoção diante da impossibilidade de gerar filhos biológicos. Apontam que componentes psíquicos (não necessariamente conscientes) podem interferir no adequado estabelecimento de vínculos com os filhos e, assim, desfavorecer a efetivação da adoção afetiva. Levinzon (2006) destaca que a infertilidade exige a renúncia à imagem do filho biológico que se pareceria com eles, para que possam adentrar no mundo da adoção, permitindo, então, a verdadeira ligação com o filho adotivo. Ghirardi (2008), por sua vez, reforça esta linha de argumentação, destacando que, no caso da adoção motivada pela infertilidade, na ausência deste luto pelo filho biológico, a criança adotada poderia vir com uma função de aplacar a ferida narcísica dos pais, com uma sobrecarga de ter que corresponder a expectativas idealizadas.

Sonogo e Lopes (2009), dentro desta temática, retomaram argumentos de Freud, ao tratar do desejo de ter filhos como englobando um desejo maior, associado à imortalidade do ego, materializada pela transmissão genética, modo pelo qual os filhos permitiriam aos pais um retorno ao próprio narcisismo. Destacaram que, sob alguns pontos de vista, a maternidade adotiva (quando derivada da infertilidade) poderia suprir apenas parcialmente necessidades internas, gerando dificuldades de identificação para com seu filho. Sendo assim, fica ressaltado o impacto, do ponto de vista psíquico, da impossibilidade da experiência concreta da parentalidade biológica como variável que

pode gerar sofrimento psíquico e eventualmente interfere, de modo negativo, numa possível adoção.

Especificamente quanto às mulheres, a maternidade, de acordo com Vargas (1999) e Rocha (2006), costuma ser compreendida como elemento central em seu desenvolvimento vital, como marco simbólico e “rito de passagem” entre a infância e a vida adulta. Deste modo, apesar das profundas mudanças na sociedade ocidental nas últimas décadas, inserção das mulheres no mercado de trabalho e, mesmo com a reprodução se apresentando atualmente como uma opção individual (possibilidade aventada pelos modernos métodos contraceptivos), os pesquisadores referidos apontam que, para muitas mulheres, a maternidade ainda é questão central e de suma importância em seus projetos de vida. Por isto, a opção pela adoção de crianças se apresenta, nesses casos, como alternativa possível para a vivência da maternidade, sendo tal processo permeado por complexos fatores, sobretudo emocionais, merecendo, portanto, um atento olhar por parte da Psicologia.

Neste contexto e ao constataremos a relevância do papel do psicólogo formalmente instituído nos processos de habilitação de pretendentes à adoção e de adoção de crianças e de adolescentes, ressalta-se a importância do aprimoramento de seu conhecimento científico. Torna-se necessária sua dedicação ao tema da infertilidade e seus efeitos sobre a personalidade dos indivíduos, visando subsidiar o trabalho cotidiano dos profissionais de Psicologia com a devida qualificação e responsabilidade social.

Em relação aos instrumentos disponíveis para o trabalho dos psicólogos judiciários na avaliação dos pretendentes à adoção, os métodos projetivos de avaliação psicológica se destacam na medida em que possibilitam o acesso a informações acerca do dinamismo da personalidade, bem como a recursos internos de adaptação à realidade e ao modo de vivenciar e lidar com as emoções (Anzieu, 1986; Azoulay et al., 2007; Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014). Deste modo, considera-se que os métodos projetivos podem ser relevantes ferramentas na avaliação psicológica, tanto da personalidade quanto de outros elementos fundamentais para a compreensão da pessoa em si ou de uma situação experienciada ou percebida por ela, como a dinâmica familiar e as relações interpessoais (Fensterseifer & Werlang, 2008), incluindo sua própria identidade. Podem, portanto, ser importante meio de acesso a informações relevantes em processos avaliativos relacionados à adoção de crianças/adolescentes, sobretudo na seleção e preparação dos pretendentes.

Diante destas colocações, a pesquisa empírica relativa à vivência da infertilidade e de seus possíveis impactos na identidade feminina e na maternidade adotiva pode ser considerada como um importante tema de estudos realidade contemporânea, foco do presente trabalho. Neste íterim, aspectos psicodinâmicos de mulheres envolvidas em processos de adoção serão destacados, por meio da avaliação psicológica realizada a partir de instrumentos projetivos, por meio de estudos de casos.

Objetivo

O presente trabalho tem como objetivo ilustrar e comparar, pelo método de estudo de casos, aspectos psicodinâmicos de mulheres avaliadas em diferentes condições frente à maternidade (à espera de adoção, mãe adotiva e mãe biológica). Pretende-se, assim, identificar características da estrutura e do funcionamento da personalidade de mulheres inférteis, envolvidas em processos de busca da realização da maternidade por meio da adoção, visando contribuir para o conhecimento científico na área e para embasar ações profissionais nesse campo.

Método

Participantes

Diante dos objetivos propostos, foram selecionados, por conveniência, três casos dentre o total de 60 mulheres avaliadas em um estudo de doutorado, com coleta de dados mais ampla, de modo a representarem cada uma das condições estudadas, a saber: fila de espera para adoção, mãe adotiva e mãe biológica. Adotou-se como critério de escolha dos casos, mulheres com mesmo *status* marital, nível socioeconômico e nível de escolaridade.

Materiais

Para o presente trabalho foram utilizados os seguintes materiais: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como os instrumentos de avaliação psicológica:

a) *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20): instrumento de autorrelato, voltado para a avaliação de indicadores relativos à saúde mental, desenvolvido pela Organização

Mundial de Saúde. Foi validado e padronizado na população brasileira, identificando-se bons índices psicométricos na realidade nacional (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009);

b) *Bateria Fatorial de Personalidade* (BFP): instrumento psicológico de autorrelato construído no Brasil por Nunes, Hutz e Nunes (2010), com bons indicadores psicométricos, tendo como objetivo a avaliação de personalidade por meio da concepção teórica dos “Cinco Grandes Fatores”. No atual trabalho foi utilizada a dimensão descrita como Neutoricismo, que inclui indicadores relativos à vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade/falta de energia e depressão;

c) *Questionário Desiderativo* (QD): método projetivo verbal de avaliação psicológica, pautado no referencial psicodinâmico, constituído por conjunto específico de questões a serem respondidas livremente pelo examinando, a partir de suas associações espontâneas e imediatas. Procura avaliar a preservação e flexibilidade egóica, seus pilares de sustentação e defesas psíquicas, aspectos afetivos e relações objetais (Nijamkim & Braude, 2000), recorrendo-se aos referenciais analíticos de Guimarães e Pasian (2009);

d) *Método de Rorschach* (Escola Francesa): método projetivo de avaliação psicológica, que permite a avaliação de características estruturais e funcionais de personalidade, incluindo capacidade produtiva, componentes lógicos e afetivos, relacionamentos interpessoais e características da organização defensiva (Pasian, 2000; Weiner, 2000). Foi utilizado, como referencial interpretativo, o sistema avaliativo elaborado por Ombredane e Canivet, conhecido como Escola Francesa (Anzieu, 1986; Azoulay et al., 2007; Rausch de Trautenberg, 1998), com indicadores psicométricos satisfatórios (Pasian, 2000).

Procedimentos

As participantes formalizaram seu consentimento para a pesquisa mediante leitura e assinatura do TCLE e foram avaliadas individualmente, face a face, em suas próprias casas, por psicólogos experientes no uso dos instrumentos selecionados e utilizados para o presente trabalho. Cada avaliação foi realizada em sessão única, com duração entre 90 e 120 minutos, sendo os instrumentos aplicados na seguinte ordem: SRQ-20, BFP, QD e Rorschach.

Os resultados de cada um dos instrumentos foram codificados de acordo com seus manuais de referência, acima referidos e, a partir deste material, foi realizada a análise clínica dos casos no tocante a aspectos psicodinâmicos referentes a estrutura e

funcionamento da personalidade. Para tanto, procedeu-se à análise sistemática e em profundidade dos casos, a partir de dimensões específicas, previamente definidas (Yin, 2001; Vasconcelos, Yoshitake, França, & Silva, 2015), que permitiram sua comparação. Para este trabalho foram selecionados, especificamente, os seguintes indicadores: pontuação na SRQ-20, Escala de Neuroticismo (BFP), sinais de conflito e de força/fragilidade da identidade e pensamento no Questionário Desiderativo e elementos sinalizadores de angústia no Método de Rorschach. Buscou-se focalizar possíveis indicadores psicopatológicos, elementos relativos à identidade, ao funcionamento lógico e à angústia nos três casos.

Resultados e Discussão

Os resultados foram sistematizados, inicialmente, em termos de caracterização sociodemográfica e, em seguida, relativos às funções psíquicas avaliadas e colocadas em relevo no presente trabalho. Posteriormente, apresentar-se-á comparação entre os casos, interpretando-se os indicadores de forma articulada com a literatura científica pertinente.

Caso A: 41 anos, casada, nível superior completo, profissional da área da saúde (Enfermeira), exercendo atividades profissionais em uma instituição particular de saúde do interior do Estado de São Paulo. Não possui filhos, apresenta histórico de infertilidade e, após decisão judicial, foi habilitada para integrar a fila de espera de pretendentes à adoção de uma criança.

Na avaliação realizada para a presente pesquisa, apresentou pontuação acima da nota de corte para transtornos psicopatológicos no instrumento SRQ-20, alcançando 11 pontos, num total de 20 itens. Pontuou de forma a sinalizar sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Deste modo, pode-se dizer que referida pretendente à adoção vivenciava indicadores de sofrimento emocional no momento desta avaliação.

Diante da BFP apresentou indicadores compatíveis com resultados médios na maioria das escalas do fator Neuroticismo. Pode-se dizer, portanto, que evidenciou sinais de flexibilidade no momento de tomar decisões, sem grandes variações de humor, além de não considerar ter dificuldades para iniciar e concluir tarefas em seu cotidiano. Por outro lado, em um dos componentes do fator Neuroticismo (Escala de Depressão) apresentou altos escores, indicando expectativas negativas em relação ao futuro,

podendo sentir-se solitária e desconfiar de sua capacidade para resolver eventuais dificuldades. Referidos indicadores reforçam a possibilidade, já apontada pelo SRQ-20, de vivência atual de sofrimento emocional, por parte desta participante.

No Questionário Desiderativo foi possível identificar recursos lógicos preservados, diferenciando fantasia e realidade de maneira suficientemente adaptativa. Sinalizou, ainda, adequado nível de elaboração simbólica e de pensamento abstrato, bem como bons recursos afetivos, integradores de sua personalidade. Suas manifestações projetivas sugeriram, como mecanismos defensivos adaptativos, processos psíquicos permeados pelos valores de liberdade, beleza, utilidade e capacidade produtiva. Por outro lado, conforme avaliado pelo referido instrumento, em momentos de maior mobilização afetiva, pode vivenciar dificuldades no controle de sua impulsividade, com sentimentos persecutórios e temores em relação a sua própria agressividade, desequilibradores de seu funcionamento lógico.

Com relação aos indicadores técnicos do Rorschach, apresentou produtividade bem acima da média, com predominante uso da razão e da lógica na tentativa de controlar sua impulsividade, embora nem sempre tal uso seja preciso e/ou eficaz ($F\%=60,9$, acima da média, enquanto $F+\%=36,0$; $F+ext\%=46,0$ e $Ban=12,0\%$, abaixo da média). Verificaram-se, em especial, respostas “mal vistas” nas pranchas II, VII e IX, ou seja, maior mobilização afetiva diante de conteúdos simbólicos relativos ao feminino e à identidade em nível mais profundo.

Apresentou sinais sugestivos de apreensão minuciosa da realidade, com reduzida atenção a aspectos globais e a detalhes mais relevantes das situações ($G\%=26,0$ e $D\%=26,0$, ambos abaixo da média, $Dd\%=46,0$, elevado), podendo deixar de considerar componentes significativos do ambiente que a cerca. Sinalizou reduzido interesse por relacionamentos interpessoais e em padrões coletivos de interação, ($H\%=9,0$ e $A\%=41,0$, abaixo da média) sugerindo inibição afetiva, o que pode estar relacionado aos demais indicadores depressivos (SRQ-20, BFP). No entanto, seu estilo predominante de vivências emocionais pareceu ser aberto ao ambiente (TRI = extratensivo dilatado), embora com parcial desenvolvimento de sua sensibilidade (segunda fórmula afetiva = ambigüal) e com indicadores de angústia (Fórmula de Angústia = $34,0\%$, elevada). Apresentou elevada frequência de respostas com conteúdos anatômicos (11 respostas), representando mais de um quarto de sua produção, reafirmando sinais de ansiedade vinculados ao funcionamento corporal.

Em síntese, seus dados sugeriram grande esforço racional para ajuste lógico e adaptação à realidade, acompanhado, no entanto, de elevados indicadores depressivos, de angústia e pontos de vulnerabilidade em sua autoimagem e identidade. Sinalizou, desse modo, possibilidades de instabilidade emocional em momentos de maior mobilização, vivenciando desconforto interno e sofrimento emocional.

Caso B: 39 anos, casada, nível superior completo e doutora na área das ciências naturais, exercendo atividade profissional enquanto agrônoma. Possui histórico de infertilidade, que motivou a família a pleitear a inscrição no Cadastro de Pretendentes à Adoção e a receber sob guarda uma criança, da qual concretizou posteriormente a adoção. Nesse momento da avaliação, portanto, tinha um filho adotivo.

Não pontuou no SRQ-20, evidenciando ausência de indicadores de transtornos mentais a partir desse instrumento de rastreio. Na Escala de Neuroticismo da BFP evidenciou resultados compatíveis com o esperado para seu grupo de referência, inclusive na faceta relativa à depressão, sinalizando recursos de dinamismo, socialização e maturidade emocional, com expressão positiva na comunicação em geral e na expressão dos afetos.

Essa diretriz de resultados também ficou presente nas manifestações projetivas no Questionário Desiderativo, onde valorizou positivamente a proatividade como recurso adaptativo e rejeitou a passividade, desejosa por buscar e aceitar inovações. Nos indicadores do Questionário Desiderativo, evidenciou também funcionamento lógico preservado, com bons recursos de abstração e simbolismo.

A partir do Rorschach notou-se nível intelectual acima da média (tipo teórico abstrato), com adequado funcionamento lógico e positiva adaptação intelectual. Sinalizou boa capacidade discriminativa ($F+%=100,0$ e $F+ext\%=80,0$, ambos acima da média), análise integrativa e preservada da realidade ($G\% = 80,0$, acima da média) e bons recursos de reflexão e de externalização dos afetos ($TRI =$ ambigüal e segunda fórmula = introversivo dilatado). Houve ainda sinais sugestivos de ricas vivências afetivas e preservação dos vínculos e das interações com os outros, com adequado controle de suas necessidades emocionais, tanto no Desiderativo quanto no Rorschach ($H\%=27\%$, acima da média; $K+ = 4$; $FC < CF+C$).

Com a integração de tais indicadores, evidenciou sinais de satisfação consigo mesma, ajuste lógico à realidade, dinamismo nas interações sociais e adequado controle

dos afetos. Sugeriu, portanto, identidade preservada, embora com elevado nível de autoexigência, sobretudo no tocante a seu funcionamento lógico.

Caso C: 34 anos, casada, nível superior completo, exerce atividade profissional na área das ciências humanas (advogada). Possui quatro filhos biológicos no momento da avaliação.

Não houve qualquer ponto no instrumento SRQ, sinalizando ausência de indicadores de transtorno psíquico. A partir dos indicadores da BFP, apresentou indicadores médios em três das quatro escalas do fator Neuroticismo, indicando flexibilidade nas interações e segurança em situações de tomada de decisões, com estabilidade de humor. Ainda sinalizou interesse e habilidade nas relações interpessoais, permeadas por dinamismo, assertividade, empatia e dedicação.

Sua produção no Questionário Desiderativo indicou preservação dos recursos lógicos, favorecendo comportamento adaptativo na medida em que apresenta capacidade de simbolização e abstração, além de bons recursos afetivos. Dentre os conteúdos internamente valorizados e reconhecidos como adaptativos apareceram a busca pelo conhecimento e a racionalização. Por outro lado, apresentou sentimentos de fragilidade em momentos de maior mobilização emocional, parecendo temer a possibilidade de ameaça a sua estabilidade afetiva.

Em relação ao Método de Rorschach, apresentou boa capacidade produtiva, com número de respostas acima do esperado para o seu grupo de referência. Sua produção indicou adequado desenvolvimento cognitivo, riqueza associativa e precisão lógica. Sinalizou apreensões reflexivas de seu ambiente, priorizando detalhes pregnantes de seu ambiente ($D\% = 54\%$, mas também com tendência à minuciosidade em sua forma de pensar ($Dd\% = 25\%$). Sua organização lógica mostrou-se preservada, marcada por elevado controle racional sobre seus impulsos e adequado ajuste perceptivo ao ambiente ($F\% = 57\%$; $F+\% = 80\%$), mesmo ao integrar elementos afetivos. Pareceu vivenciar sua afetividade de modo introversivo ($TRI =$ introversivo dilatado), permeada por riqueza imaginativa nos processos reflexivos ($K=5$) e com possibilidades de abertura ao outro nessas vivências afetivas (segunda fórmula = extratensivo dilatado).

A partir do conjunto desses indicadores evidenciou identidade preservada, com ajuste lógico e elevado controle racional sobre seus afetos, o qual permeia suas relações interpessoais e interações com o ambiente.

Destaca-se que as mulheres avaliadas apresentaram, como critérios de seleção, semelhanças quanto à idade (35 e 45 anos), status conjugal (casadas), escolaridade (ensino superior completo) e status ocupacional (exerciam atividade remunerada fora do lar). Destaca-se, pois, que frente a esse controle metodológico, colocou-se em relevo a vivência da infertilidade, para os casos A e B, sendo que, no momento da avaliação, A não possuía filhos, enquanto B era mãe adotiva. O caso C não apresentava histórico de infertilidade, possuindo quatro filhos.

A análise comparativa dos principais achados e indicadores psíquicos dos três casos evidenciou que A (pretendente à adoção) foi a única que apresentou escore acima da média no SRQ-20, sugerindo indicadores de sintomas psicopatológicos no momento da avaliação. Além disso, também foi a única a apresentar resultados elevados na faceta Depressão, componente da escala Neuroticismo da BFP, sinalizando perceber em si características de personalidade que podem comprometer seu bem-estar emocional como um todo.

Diante dessa avaliação ora realizada coloca-se em relevo a relação entre infertilidade feminina e sintomas emocionais, aspectos apontados por outros estudos (Faria, Grieco, & Barros, 2012; Félix & Almeida 2016; Nascimento & Térzis, 2010). No Caso A, a infertilidade associada à ausência de filhos pode estar associada a algum grau de sofrimento emocional, com a presença de sintomas potencialmente prejudiciais a sua adaptação socioafetiva e a seu contexto geral de vida.

Observou-se que os três casos apresentaram funcionamento lógico predominantemente preservado e comportamentos adaptativos na maior parte do tempo. Evidenciaram, assim, possibilidades produtivas e de consideração do real em seu modo de se adaptar ao meio em que vivem, além de bom nível de elaboração simbólica, de pensamento abstrato e bons recursos afetivos para integração de sua personalidade. Denotam, portanto, recursos positivos de funcionamento da personalidade. No Caso A, contudo, a riqueza dos recursos internos pareceu não se associar a sentimentos de segurança quanto à própria estabilidade, temendo descontrole e manifestando indicadores de sofrimento emocional.

Dentre os recursos adaptativos ao cotidiano, cada uma das mulheres valorizava aspectos relativos à capacidade produtiva, mas distintos quanto a suas formas de manifestação no ambiente. Assim, no Caso A houve sinais de movimentos defensivos com tons de liberdade e sedução (mecanismos repressivos básicos), enquanto no Caso B houve valorização da busca pelo conhecimento e do reconhecimento social enquanto

mecanismos adaptativos ao ambiente (mecanismos repressivos intelectualizados e sublimados). Tais resultados, em consonância com os dados obtidos na BFP, são corroborados pelo fato de todas aparentarem boa adaptação geral em seus contextos, mantendo relacionamentos afetivos e exercendo atividades laborativas, sem maiores prejuízos ou limites relativos aos recursos para vivenciarem as emoções e para a inserção adaptada no ambiente.

Por outro lado, comparativamente, o Caso A sinalizou elementos relacionados a seu modo de lidar com os afetos que evidenciaram presença de forte angústia e fragilidades em sua personalidade, em momentos de maior mobilização afetiva. Ou seja, muito embora na maior parte do tempo ela consiga manter-se adaptada ao meio, internamente denota conflitos simbolicamente relacionados ao feminino e a sua autoimagem (identidade). Estes podem prejudicar, em alguns momentos, sua capacidade de avaliar criticamente as situações, bem como de controlar sua impulsividade, associando-se a sintomas emocionais e inibições afetivas.

O principal elemento de realidade que diferencia o Caso A das outras mulheres ora avaliadas é a ausência de filhos, o que possibilita relacionar os atuais achados ao que alguns autores nominaram como vivências relativas à maternidade. Rocha (2006) afirmou, por exemplo, que a maternidade muitas vezes costuma ser compreendida apenas como equivalente a condição biológica da mulher de gestar e criar vida. Esta condição, no entanto, é elemento central no desenvolvimento vital feminino, como marco simbólico e “rito de passagem” entre a infância e a vida adulta. Dessa forma, pondera-se que, no Caso A, a ausência do filho biológico e a espera do filho adotivo pode estar se configurando como um evento de vida adverso, desfavorável a seu positivo manejo psíquico de algumas vivências afetivas, resultando em indicadores de natureza depressiva.

A infertilidade, numa perspectiva psicanalítica, pode ser caracterizada como uma ferida narcísica, “*que castra a fantasia de continuidade biológica e imortalidade dos pais*” (Levinzon, 2006, p. 26), associando-a a sentimentos de inadequação e a dificuldades afetivas de diversas ordens (Ghirardi, 2008; Sonogo & Lopes, 2009). Por outro lado, estas vivências de perdas associadas à infertilidade poderiam contribuir para a existência de sentimentos ambivalentes em relação ao filho adotivo e até uma hostilidade inconsciente, pois a criança, por si mesma, lembraria a limitação dos pais (Ghirardi, 2008; Levinzon, 2006; Nascimento & Terzis, 2009). Tais elementos, segundo referidos autores, se insuficientemente elaborados, poderiam prejudicar a vinculação

afetiva entre pais e filhos adotivos e, portanto, contribuir para o insucesso do processo de adoção.

A atual análise comparativa dos achados relativos aos três casos de avaliação psicológica (a partir de instrumentos de autorrelato e projetivos) faz pensar que o Caso A mostrou peculiaridades em seu funcionamento psíquico. Pareceu vivenciar dificuldades de controle afetivo e inibição, até certo ponto percebidos pela própria participante ao referir indícios de instabilidade emocional no instrumento de autorrelato (SRQ). A impossibilidade de gerar filhos e a espera pela realização do exercício do papel materno (fila de espera institucional para adoção) pareceu provocar ecos e ressoar em conflitos emocionais e pontos de fragilidade de sua identidade, gerando insatisfação consigo mesma e indicadores depressivos. Embora esses sinais não fossem conscientes, puderam ser captados pelos métodos projetivos de avaliação psicológica utilizados, fornecendo elementos de nível mais profundo da sua organização psíquica.

Estes complexos componentes da identidade configuram-se como elementos relevantes em uma situação de avaliação psicológica para fins de adoção, bem como alvo para possíveis intervenções durante o período de espera de um filho pela adoção. O resultado desse trabalho integrado e detalhado na compreensão das vivências internas dos candidatos à adoção pode favorecer processos de elaboração de seus pontos de conflito diante da maternidade, tendendo a proporcionar maior disponibilidade pessoal para vinculação afetiva mais saudável entre pais e filhos adotivos.

Considerações finais

Diante da análise em profundidade dos dados, observou-se que a pretendente à adoção (Caso A) apresentou indicadores mais relevantes de prejuízos emocionais e relativos à identidade, em comparação às que já são mães (adotiva – Caso B ou biológica – Caso C). Ressalta-se, assim, a relevância do uso de instrumentos padronizados de avaliação psicológica em processos judiciais de adoção, pois estes podem revelar importantes aspectos da personalidade, a serem considerados no trabalho do psicólogo no contexto jurídico.

Neste contexto e ao constataremos a relevância do papel do psicólogo formalmente instituído nos processos de habilitação de pretendentes à adoção e de adoção de crianças e de adolescentes, ressalta-se ainda a importância do aprimoramento de seu conhecimento científico referente à temática da infertilidade e seus efeitos sobre a personalidade dos indivíduos. Isso visa ao alcance de informações que possam subsidiar

o trabalho cotidiano dos profissionais de Psicologia com a devida qualificação e responsabilidade social.

Referências

- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos* (5ª ed.). (M. L. E. Silva, trad.). Rio de Janeiro: Campus.
- Azoulay, C., Emmanuelli, M., Rausch de Traubenberg, N., Corroyer, D., Rozencajg, P., & Savina, Y. (2007). Les données normatives françaises du Rorschach à l'adolescence et chez le jeune adulte. *Psychologie Clinique et Projective*, 13, 371-409.
- Cassin, W. C. (2000). O psicólogo judiciário e a cultura da adoção: limites, contradições e perspectivas. *Dissertação de Mestrado*, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica* (8ª ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Fabio, E. T., Melão, M. J. R., & Jorge, M. R.T. (2005). *O Serviço Social e a Psicologia no judiciário* (1ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Faria, D. E. P., Grieco, S. C., & Barros, S. M. O. (2012). Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 794-801.
- Félis, K. C., & Almeida, R. J. (2016). Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução e Climatério* (Article in Press). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.004>
- Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2008). Apontamentos sobre o status científico das técnicas projetivas. In A. E. Villemor-Amaral, & B. G. Werlang (Org.) (pp. 15-33). *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ghirardi, M. L. A. M. (2008). A presença da Infertilidade no contexto da adoção: efeitos possíveis na relação pais/filhos adotivos. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & W. Ranña, (Org.) (pp. 151-164) *Psicossoma IV – Corpo, História, Pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giacomozzi, A. I., Nicoletti, M., & Godinho, E. M. (2016). As representações sociais e as motivações para adoção de pretendentes brasileiros à adoção. *Psychologica*, 58 (1), 41-64.

- Guimarães, N., & Pasian, S. R. (2009). Adequação ao real de adolescentes: possibilidades informativas do Questionário Desiderativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 347-355.
- Levinzon, G. K. (2006). A adoção na clínica psicanalítica: o trabalho com os pais adotivos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(1), 24-31.
- Mariano, F. N., & Rossetti-Ferreira, M. C. (2008). Que perfil da família biológica e adotante, e da criança adotada revelam os processos judiciais? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 11-19.
- Nascimento, F. R. M., & Térzis, A. (2010). Adiamento do projeto parental: um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade. *Psicologia em Revista*, 16(1), 103-124.
- Nijamkin, G. C., & Braude, M. G. (2000). *O Questionário Desiderativo* (L. S. L. P. C. Tardivo, trad.). São Paulo: Vetor (Trabalho original publicado em 1996).
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paiva, L. D. (2004). *Adoção: significados e possibilidades* (1ª ed.). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Pasian, S. R. (2000). *O Psicodiagnóstico de Rorschach em adultos: atlas, normas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rausch de Trautenberg, N. (1998). *A prática do Rorschach*. (A. J. Lelé, trad.). São Paulo: Vetor.
- Rocha, M. P. (2006). Elementos da teoria Winnicottiana na construção da maternidade. *Dissertação de Mestrado*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Rosa, D. B. (2008). A narratividade da experiência adotiva: fantasias que envolvem a adoção. *Psicologia Clínica*, 20(1), 97-110.
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222.
- Scorsolini-Comin, F., Amato, L. M., & Santos, M. A. (2006). Grupo de apoio para casais pretendentes à adoção: a espera compartilhada do futuro. *Revista da SPAGESP*, 7(2), 40-50.
- Shine, S. (2005). *Avaliação psicológica e a lei: adoção, vitimização, separação conjugal, dano psíquico e outros temas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Sonego, J. C., & Lopes, R. C. S. (2009). A experiência da maternidade em mães adotivas. *Aletheia*, 29, 16-26.
- Vargas, E. P. (1999). A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. *Estudos Feministas*, 7(1-2), 89-108.
- Vasconcelos, Y. L.; Yoshitake, M.; França, S. M.; & Silva, G. F. (2015). Método de estudo de caso como estratégia de ensino, pesquisa e extensão. *UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.*, 16(1), 49-59.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. Tradução M. Cecília Vilhena M. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanetti, S. S., Oliveira, R. R., & Gomes, I. C. (2013). Concepções diferenciadas de família no processo de avaliação de pretendentes à adoção. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 34(1), 17-30.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Cuidar do corpo ou do todo? Indicadores de saúde mental em crianças com obesidade

Carmem Gil Coury

Rodolfo Mihara

Sonia Regina Pasian

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Resumo: O desenvolvimento infantil é sabidamente complexo e multideterminado, onde variáveis relacionadas à saúde e, em especial, à saúde mental são destacadas como influentes em promover práticas educativas favoráveis a desfechos positivos. Nesse contexto, o presente trabalho buscou caracterizar indicadores de saúde mental em crianças com obesidade em relação a eutróficas, examinando possível impacto desse quadro clínico em escolares. Foi composta amostra de conveniência com 60 estudantes de sete a 11 anos de idade, do interior do Estado de São Paulo, de ambos os sexos, sendo 30 crianças em tratamento clínico por diagnóstico de obesidade (G1) e 30 eutróficas (G2), todas com desempenho acadêmico compatível com sua faixa etária. Os escolares foram devidamente autorizados para a pesquisa, que implicou em sua avaliação cognitiva e afetiva, realizada individualmente, em adequadas condições técnicas. No presente trabalho foram recortados indicadores de saúde mental infantil obtidos pelo Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) respondido por suas mães/responsáveis, classificando as crianças pelo escore total de problemas em: “com problemas” (diagnóstico anormal no SDQ) ou “sem problemas” (diagnóstico normal e limítrofe no SDQ). No índice geral de problemas de comportamento os resultados mostraram índice de 30,0% de anormalidade nas crianças de G1, enquanto G2 alcançou 33,3% de casos nessa categoria. A análise comparativa dos resultados médios entre G1 e G2 (teste *t* de *Student*, $p \leq 0,05$) não apontou diferença estatisticamente significativa no total de problemas de comportamento sugeridos pelo SDQ. Pode-se apontar que essas crianças com obesidade e eutróficas sinalizaram nível similar de saúde mental, segundo seus familiares. Apesar dos limites da amostra avaliada, esses resultados sugerem necessidade de reflexão sobre as variáveis envolvidas nos processos de saúde e doença, reiterando esforços na direção de cuidados em saúde física associada à mental (CAPES).

Palavras-chave: Saúde mental, obesidade, crianças, avaliação psicológica, desenvolvimento.

Introdução

O conceito de saúde é sabidamente complexo e recebe diferentes vertentes teóricas, promovendo discussões que se preocupam com sua definição e com a elaboração de estratégias adequadas de cuidado à população. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) define saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, nessa caracterização do conceito há uma ideia de perfeição na saúde, o que é utópico e pouco passível de operacionalização, compondo um ideal positivista da saúde (Segre & Ferraz, 1997). Ainda segundo esses autores, o destaque entre o físico, o mental e o social também seria ultrapassado, uma vez que, considerando o olhar e vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma separação clara entre mente e soma, com efeitos do social, de forma nem sempre nítida, sobre os outros dois aspectos. Na infância, o cuidado à saúde

necessita ainda mais de atenção frente ao complexo processo de desenvolvimento da criança, que exige adequada proteção.

No contexto da saúde na infância no Brasil, bem como no mundo, a obesidade infantil ganhou destaque frente a sua crescente e elevada incidência, com impacto negativo no desenvolvimento infantil e ao longo da vida do indivíduo (WHO, 2012). Este acúmulo anormal de gordura em idade precoce parece correlacionar-se à obesidade também na idade adulta, momento em que esta condição também se associa mais comumente ao desenvolvimento de síndromes metabólicas tais como diabetes, hipertensão arterial, problemas cardíacos, entre outros distúrbios associados ao risco de vida (Guo, Wu, Chumlea & Roche, 2001; Sun, Liang, Huang, Daniels, Arslanian, Liu, Grave & Siervogel, 2008). Dados da WHO (2012) revelam que, em 2010, o número de crianças obesas ou com sobrepeso superava a faixa de 42 milhões, no mundo.

Apesar do desenvolvimento da área científica na compreensão e tratamento da obesidade, sobretudo em seus aspectos nutricionais e da hereditariedade (WHO, 2003), existem ainda muitas controvérsias e discussões a respeito das relações entre saúde mental e obesidade. Comumente associa-se a obesidade a alguns transtornos psicológicos com sintomatologias ansiosas e depressivas (Harriger & Thompson, 2012), ainda que outros estudos apontem para a inexistência de qualquer associação entre essas variáveis (De Niet & Naiman, 2011; Incledon, Wake & Hay, 2011). Há ainda a hipótese de que a obesidade não acarretaria o desenvolvimento de psicopatologias, mas sim a presença anterior de sintomas psíquicos é que engendrariam o ganho de peso (Incledon, Wake e Hay, 2011; Wardle e Cooke, 2005).

Evidências empíricas apontam associação entre sobrepeso e problemas de socialização, como atitudes agressivas e antissociais, além de maior índice do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Puder & Munsch, 2010). Entretanto, dados quanto à saúde mental conforme percebido por pais e responsáveis são pouco explorados, sobretudo no Brasil. Esse tipo de investigação pode colaborar para a compreensão de possíveis vínculos entre doença somática e dificuldades comportamentais percebidas pelos cuidadores próximos, abrindo caminho promissor para estudar o desenvolvimento de quadros clínicos durante a infância.

Nessa direção, Zenlea et al. (2014) estudaram indicadores de saúde mental e de comportamento em crianças com diabetes mellitus do tipo 1, provenientes de um programa de cuidado multidisciplinar para diabetes pediátrica. Foram incluídas no estudo 130 crianças de quatro a 11 anos que frequentaram diferentes serviços voltados

ao diagnóstico e cuidados da diabetes mellitus tipo 1, durante o período de um ano e oito meses em hospital de referência nos Estados Unidos. Pais e responsáveis das crianças em tratamento responderam ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e os resultados foram examinados em função do sexo, tipo de visita, idade, duração do transtorno e autocontrole metabólico (acessado por avaliação glicêmica específica) das crianças. As pontuações foram também comparadas com os dados normativos para crianças americanas, segundo a idade. Os resultados mostraram que as dificuldades identificadas pelos pais não se associaram com sexo e idade das crianças e nem com o tipo de visita hospitalar. Quando comparados aos dados normativos, uma proporção significativamente maior de crianças diabéticas de quatro a sete anos e oito a dez anos tiveram resultados limítrofes/anormais na escala de sintomas emocionais do SDQ, sugerindo risco para transtornos psicológicos, tais como ansiedade e depressão. Concluem que, segundo seus achados, crianças com diabetes mellitus tipo 1 com menos de 11 anos podem apresentar mais sintomas emocionais quando comparadas com a amostra de referência, recomendando aos cuidadores dessas crianças maiores cuidados na avaliação mental para sua proteção e cuidados adequados.

Ao investigar o risco ao desenvolvimento infantil em exposição a situações de vulnerabilidade, Pizeta (2014) estudou indicadores do desenvolvimento infantil em crianças que viveram com a depressão materna. Objetivou identificar associações entre situações adversas e protetivas do contexto para crianças em idade escolar que conviviam com mães com depressão recorrente, enfocando os eventos estressores e os processos de resiliência familiar e o efeito preditivo de tais variáveis para o desfecho comportamento das crianças. Avaliaram 100 díades mães-crianças (50 díades de mães com diagnóstico de depressão recorrente; e 50 díades com mães sem transtorno psiquiátrico) e as crianças, de ambos os sexos, deveriam ter idade entre sete e 12 anos, e nível intelectual pelo menos médio. Avaliaram as mães a partir de entrevistas, escalas e questionários, dentre os quais, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão para pais e responsáveis. As crianças foram avaliadas em termos do nível intelectual e do desempenho escolar. Os resultados mostraram que crianças que conviviam com a depressão materna e crianças com dificuldades de comportamento apresentaram semelhanças quanto a variáveis do contexto familiar, observando-se associações dos problemas de comportamento a mais eventos estressores, menos recursos do ambiente familiar e menores escores de processos de resiliência familiar. Foi também avaliado o efeito preditivo da depressão materna associada a eventos

estressores, que se mostraram fatores de risco para as crianças, e dos processos de resiliência familiar, que se mostraram fatores de proteção. Em modelos multivariados de predição evidenciou que o melhor preditor para o desfecho de anormalidade no comportamento foi a variável relativa a menos processos positivos de resiliência familiar.

Ao abordar o câncer na infância, Guimarães (2015) localiza o transtorno como fator de risco ao desenvolvimento infantil, propondo-se à avaliação de características de personalidade e estratégias adaptativas em crianças e adolescentes em tratamento oncológico. Avaliou 40 crianças e adolescentes, de sete a 17 anos de idade, de ambos os sexos, sendo que destes, 20 eram pacientes em tratamento oncológico em hospital no interior do estado de São Paulo, e 20 jovens com desenvolvimento típico, balanceados a partir das características etárias e de escolaridade. Dentre as avaliações realizadas tanto com a criança quanto com a família, utilizou o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão para pais ou responsáveis, bem como outros questionários e escalas avaliativos e instrumentos projetivos de avaliação de personalidade nas crianças. Os principais resultados divulgados até o momento indicam semelhanças entre as crianças e adolescentes que vivenciam o adoecimento oncológico e seus pares saudáveis, em termos de indicadores de problemas gerais de comportamento, semelhantes aos índices encontrados em crianças sem transtornos somáticos.

Nota-se, portanto, empenho de pesquisadores no sentido de considerar o ponto de vista de pais/responsáveis pelas crianças sobre o desenvolvimento infantil em processos de intervenção de quadros clínicos, como o diabetes, o câncer, a depressão materna. Apesar das grandes mudanças vivenciadas na unidade familiar contemporânea, a família ainda é referida como o principal grupo social na formação do indivíduo (Ximenes, Pinheiro, Lima & Neri, 2004). Nesse sentido, o olhar dos cuidadores próximos à criança é privilegiado no sentido de identificar e amparar as dificuldades por ela vivenciadas.

Diante desse contexto, este trabalho almeja caracterizar indicadores de saúde mental segundo a percepção de pais e responsáveis, em crianças com obesidade em relação a eutróficas (peso normal). Pretende-se, assim, examinar possível impacto desse quadro clínico no comportamento de escolares, a partir da visão de seus cuidadores.

Método

Participantes

O estudo foi realizado com amostra de conveniência, devidamente autorizada, incluindo 60 escolares entre sete e 11 anos de idade, de ambos os sexos, sem atraso acadêmico, oriundos do interior do Estado de São Paulo. Formaram-se dois grupos, a saber: a) Grupo clínico (G1), composto por 30 crianças diagnosticadas com obesidade conforme critérios e avaliação médica específicos, referenciados nos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (2007); b) Grupo de comparação (G2), composto por 30 crianças classificadas como eutróficas (peso normal) segundo os mesmos critérios, balanceadas em função do sexo, ano e origem escolar de G1. Foram excluídos voluntários com outros quadros clínicos concomitantes, com atrasos acadêmicos ou problemas cognitivos. Tal critério foi assegurado a partir da aplicação de um teste cognitivo (Matrizes Progressivas Coloridas de Raven), tendo sido excluídos os casos que apresentassem resultados inferiores ao percentil 25.

Materiais

a) **Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven:** utilizado para avaliação cognitiva infantil, oferecendo critério de seleção para a composição da amostra. Esta técnica foi estudada no contexto do Brasil por Angelini, Alves, Custódio, Duarte e Duarte (1999), sendo este referencial técnico e normativo adotado no presente trabalho. O estudo de Nascimento, Gomes e Pasian (2016) indica que o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven apresenta bons índices psicométricos para avaliar um fator geral e fatores específicos da inteligência.

b) **Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ):** instrumento objetivo de avaliação psicológica, que rastreia problemas de saúde mental infantil em cinco áreas: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento. Foi construído em 1997 por Goodman e validado no Brasil em 2000 por Fleitlich, Cortázar e Goodman (Saur & Loureiro, 2012). Utilizou-se, no presente estudo, a versão dirigida aos pais, de modo a permitir a caracterização das crianças desse estudo em termos de indicadores de saúde mental. Como apontam Saur e Loureiro (2012) em sua revisão de literatura, o SDQ apresentou bons índices de validade e fidedignidade em diversos estudos brasileiros e internacionais, atestando sua viabilidade para avaliar sinais da saúde mental em crianças e adolescentes no Brasil.

c) **Histórico médico:** a pesquisadora realizou revisão de prontuários médicos e nutricionais dos casos do grupo clínico (G1), a fim de verificar sua classificação nutricional e identificar possíveis comorbidades, de modo a selecionar os voluntários do estudo, bem como caracterizá-los. As variáveis selecionadas foram relativas aos diagnósticos e tratamentos realizados existentes em seus respectivos prontuários, disponibilizados nos serviços de saúde colaboradores.

Procedimentos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução 16/00 do Conselho Federal de Psicologia (CAAE n.º 21650813.2.0000.5407).

As crianças do Grupo 1 foram convidadas a participar do estudo por convite da pesquisadora realizado na instituição pública de saúde onde faziam tratamento para a perda de peso. Já o Grupo 2 foi constituído a partir de parceria com escola do Ensino Fundamental cujas características sociodemográficas assemelhavam-se àquelas encontradas nas crianças do grupo clínico, de modo a buscar balancear a composição dos grupos desse estudo. Após as devidas autorizações para participação na pesquisa, as crianças foram submetidas à avaliação do teste cognitivo e a métodos projetivos, o que não será foco do presente trabalho. Nesse momento, os dados principais derivam dos indicadores de saúde mental dos dois grupos de crianças obtidos pelas respostas de seus pais/cuidadores ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

A partir do total de pontos obtidos no SDQ, o escore bruto segue uma classificação definida como: Normal (0-13 pontos); Limítrofe (14-16 pontos); Anormal (17-40 pontos), conforme proposto originalmente por Goodman (1997). A versão em português utilizada foi recuperada a partir do site <http://www.sdqinfo.com/> que disponibiliza gratuitamente o questionário em mais de 40 idiomas. Este mesmo endereço oferece as instruções específicas para codificação das respostas, adotadas no presente trabalho.

Após sistematização descritiva dos resultados no SDQ, foi realizado teste de normalidade de sua distribuição, indicando a possibilidade de uso de análises paramétricas, utilizando nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A seguir, foi realizada comparação de dados médios (teste *t* de *Student*) dos grupos (G1 e G2) nos indicadores

de saúde mental infantil, obtidos a partir do relato dos pais/cuidadores. Por fim, os resultados das crianças foram classificados de acordo com sua pontuação, como “normais”, “límitrofes” ou “anormais”, na escala geral do SDQ e em suas cinco subescalas. A distribuição das crianças nessas classificações foi, então, comparada (teste χ^2), contrapondo-se casos considerados com dificuldades (classificação anormal/clínica no SDQ) e casos sem dificuldades (classificação normal e límitrofe no SDQ).

Resultados e Discussão

Os indicadores relativos à saúde mental infantil foram sistematizados de forma a permitir sua visualização e análise comparativa entre os grupos. Esses resultados compõem a Tabela 1, onde se encontram os resultados na escala geral e nas cinco subescalas presentes no SDQ: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento.

Tabela 1: *Caracterização e comparação do perfil de saúde mental de crianças com e sem obesidade segundo a percepção de pais e responsáveis.*

SDQ	Grupo*	Dados descritivos							Comparação estatística	
		Média	DP	P25	P50	P75	Mín	Máx	<i>t</i>	<i>p</i>
Total de problemas	G1	12,5	5,9	7,8	13,0	17,3	1	24	-0,718	0,475
	G2	13,6	6,6	9,0	14,0	19,3	1	25		
Sintomas Emocionais	G1	4,7	2,5	2,8	5,0	7,0	0	9	0,431	0,668
	G2	4,4	2,8	2,0	4,0	7,0	0	10		
Problemas de conduta	G1	2,3	1,9	0,8	2,0	3,3	0	6	-0,921	0,361
	G2	2,8	2,0	1,0	3,0	4,0	0	7		
Hiperatividade	G1	3,5	2,5	1,8	3,0	6,0	0	8	-1,458	0,150
	G2	4,4	2,5	3,0	4,0	6,0	0	10		
Problemas relacionamento colegas	G1	1,9	2,0	0	2,0	3,0	0	6	-0,226	0,822
	G2	2,0	1,4	1,0	2,0	3,0	0	5		
Comportamento pró-social	G1	8,4	1,5	7,0	9,0	10,0	5	10	0,942	0,350
	G2	7,9	2,5	8,0	9,0	10,0	2	10		

*G1 = grupo de crianças com obesidade (n=30) / G2 = grupo de crianças eutróficas (n=30).

Com relação ao escore bruto obtido no SDQ, bem como nas cinco subescalas, a análise comparativa entre os resultados médios dos grupos não apontou diferença estatisticamente significativa. Pode-se apontar, portanto, que crianças com obesidade e crianças eutróficas sinalizaram nível similar de saúde mental, segundo a percepção de seus pais ou responsáveis.

Outra análise possível é a comparação dos atuais achados empíricos com os dados do trabalho de Zanlea et al. (2014) com crianças diagnosticadas com diabetes mellitus tipo 1, obtidos a partir de amostra de 130 crianças de quatro a 11 anos (média de 8,2 anos) nos EUA. Seus dados médios no SDQ foram os seguintes: total de dificuldades = 6,8; sintomas emocionais = 2,3; problemas de conduta = 1,0; hiperatividade = 3,0; problemas de relacionamento com colegas = 1,4; comportamento pró-social = 8,8. Tais resultados médios, quando comparados com os achados do presente estudo, apresentam valores menores. Sugerem, portanto, que as crianças dos Estados Unidos apresentariam menores dificuldades comportamentais segundo seus

pais ou responsáveis. Entretanto, diferenças culturais e das próprias características do instrumento e de sua adaptação dificultam a comparação desses dados brutos. Os autores apresentaram também a comparação da subescala de sintomas emocionais com o grupo normativo das crianças por idade. Realizaram, porém, um agrupamento diferente do aqui adotado, classificando como “sem dificuldade” os resultados normais, e “com dificuldade” os limítrofes e anormais. Tal comparação resultou em diferença estatisticamente significativa para os grupos de crianças de quatro a sete anos e de oito a dez anos. Argumentaram que crianças diabéticas menores que 12 anos parecem apresentar mais sintomas emocionais (como depressão e ansiedade) quando comparadas ao grupo normativo de referência.

Nesse mesmo ano e no contexto do interior do Estado de São Paulo, Pizeta (2014) apresentou indicadores de saúde mental (a partir do SDQ respondido por pais) de crianças de sete a 12 anos, filhas de mães depressivas (grupo de casos) em comparação a crianças com mães saudáveis (grupo de comparação). Seus resultados médios no SDQ foram os seguintes: Sintomas emocionais = 5,20 (grupo de casos) e 2,80 (grupo de comparação); problemas de conduta: 2,54 (grupo de casos) e 1,82 (grupo de comparação); hiperatividade: 4,74 (grupo de casos) e 3,22 (grupo de comparação); problemas de relacionamento com colegas: 2,62 (grupo de casos) e 1,24 (grupo de comparação); e comportamento pró-social: 8,50 (grupo de casos) e 9,10 (grupo de comparação). Identificou que em todas as subescalas do SDQ suas crianças do grupo de casos apresentaram escores médios (e medianas) mais altos do que o grupo de comparação. Verificou diferenças estatisticamente significativas entre esses subgrupos nas subescalas relativas a sintomas emocionais, hiperatividade e relacionamento com colegas.

Ao se tomar como referência essas evidências de Pizeta (2014) em relação aos achados empíricos encontrados com as crianças com e sem obesidade, nota-se tendência a se aproximarem mais do grupo de casos. Ou seja, as crianças de G1 de G2 do presente trabalho tenderam a sinalizar indicadores de dificuldades de saúde mental similares às existentes em crianças que vivenciaram situações de vulnerabilidade no desenvolvimento, como é o contexto de depressão materna.

O estudo de Guimarães (2015), realizado com crianças e adolescentes de sete a 17 anos do interior do Estado de São Paulo, com diagnóstico de câncer, identificou os seguintes dados médios encontrados no SDQ: escala geral: 12,95; sintomas emocionais: 5,75; problemas de conduta: 1,75; hiperatividade: 3,35; problemas de relacionamento

com colegas: 2,10; e comportamento pró-social: 9,15. Ao se tomar esses achados em comparação com os dados atuais, é possível perceber bastante semelhança dos indicadores de saúde mental das crianças com câncer a crianças com e sem obesidade, estudadas nesse momento.

Para ampliar possibilidade analítica desses achados empíricos, as crianças foram então classificadas, no total geral e nas subescalas do SDQ, em termos de presença ou ausência de indicadores de problemas. Os resultados de cada criança foram sistematizados como representativos de “ausência de dificuldades” nos casos em que as pontuações do SDQ atingiram valores classificados como normais e limítrofes, e “com dificuldades” nas crianças cujas pontuações atingiram valores considerados anormais ou clínicos. Esses resultados podem ser visualizados na Tabela 2, em termos descritivos e em sua comparação estatística.

Tabela 2: Caracterização e comparação estatística de indicadores de saúde mental de crianças com e sem obesidade nas subescalas e no total de problemas do SDQ (n=60).

SDQ	Obesos (n=30) <i>f</i> (%)	Eutróficos (n=30) <i>f</i> (%)	Total (n=60) <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
ESCALA GERAL					
Sem dificuldades	21 (70,0)	21 (70,0)	42 (70,0)	0	1
Com dificuldades	9 (30,0)	9 (30,0)	18 (30,0)		
DIFICULDADES					
Sintomas Emocionais (A)					
Sem dificuldades	13 (43,3)	17 (56,7)	30 (50,0)	1,067	0,302
Com dificuldades	17 (56,7)	13 (43,3)	30 (50,0)		
Problemas de conduta (B)					
Sem dificuldades	23 (76,7)	20 (66,7)	43 (71,7)	0,739	0,390
Com dificuldades	7 (23,3)	10 (33,3)	17 (28,3)		
Hiperatividade (C)					
Sem dificuldades	25 (83,3)	24 (80,0)	49 (81,7)	0,111	0,739
Com dificuldades	5 (16,7)	6 (20,0)	11 (18,3)		
Relacionamento com colegas (D)					
Sem dificuldades	24 (80,0)	24 (80,0)	48 (80,0)	0	1

Com dificuldades	6 (20,0)	6 (20,0)	12 (20,0)		
RECURSOS					
Comportamento pró-social (E)					
Sem dificuldades	30 (100,0)	25 (83,3)	55 (91,7)	5,455	0,020
Com dificuldades	0 (0)	5 (16,7)	5 (8,3)		

Esses resultados apontam proximidade na distribuição dos casos identificados como “com dificuldades” entre o grupo de crianças com obesidade e o grupo de crianças eutróficas, sendo minoria na amostra como um todo. No entanto, em G2 houve maior número de casos classificados como possuidores de dificuldades emocionais.

A análise comparativa desses dados, tanto na escala geral do SDQ, quanto em suas cinco subescalas, apontou novamente similaridade entre os grupos de crianças com e sem obesidade. Os dois grupos (G1 e G2) apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas no tocante aos recursos pró-sociais, onde o grupo eutrófico sinalizou maior número de casos com dificuldade na expressão e estabelecimento de relações sociais, segundo relato de seus pais e responsáveis. Tal diferença deve ser analisada com cautela, tendo em vista o tamanho reduzido da amostra. Entretanto, vale refletir que nas crianças aqui avaliadas, a obesidade não se apresentou como um complicador nas relações sociais como poderia ser esperado segundo a literatura da área (Puder & Munsch, 2010). Ao contrário, a percepção de sua expressão, busca e estabelecimento de vínculos sociais foi valorizada pelos pais.

De forma geral, pôde-se apreender que o conjunto das crianças foi majoritariamente percebido por seus responsáveis como adequados em termos desenvolvimentais. Segundo a revisão de literatura realizada por Saur e Loureiro (2012), estudos de validade e fidedignidade do SDQ realizados no Brasil têm demonstrado bons índices psicométricos do instrumento, atestando seu adequado auxílio na identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes. Diante disso, pode-se dizer que os resultados no SDQ presentemente obtidos figuram como confiáveis e representativos de indicadores de saúde mental das crianças examinadas.

Em estudo sobre nível de saúde mental de crianças (n = 143) de seis a 11 anos provenientes de escola pública de Ribeirão Preto (SP), Cury e Golfeto (2003) também usaram o SDQ respondido por pais/responsáveis. Seus dados indicaram que 45,8% das crianças obtiveram altas pontuações no SDQ, alcançando a classificação clínica. Esses

indicadores, em relação aos achados do presente estudo, apontaram menor proporção de casos com indicadores de problemas na saúde mental nas crianças presentemente avaliadas. De qualquer modo, retratam considerável número de casos de crianças com indicadores de problemas de saúde mental, segundo percepção de seus cuidadores, o que exige a devida reflexão em termos de estímulos ao positivo desenvolvimento infantil.

Outro estudo que verificou a incidência de problemas de saúde mental em crianças de sete a 12 anos no interior de Estado de São Paulo foi o de Pizeta (2014). Ao comparar seus dois grupos (casos e grupo de comparação) utilizando-se da classificação de “com dificuldades” (SDQ clínico) e “sem dificuldades” (SDQ normal e/ou limítrofe), encontrou diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de sintomas emocionais e relacionamento entre colegas, ambos apontando a maior dificuldade para o grupo de casos. Ao se analisar essa incidência com o total de dificuldades encontradas neste estudo observa-se taxa semelhante, ainda que o grupo obeso se aproximou mais do grupo de não casos de Pizeta (2014), enquanto o grupo de eutróficos tendeu a acompanhar mais o grupo de casos da referida pesquisadora. Para as subescalas do SDQ, ambos os grupos clínicos apresentaram maiores dificuldades em sintomas emocionais, porém as diferenças foram estatisticamente significativas apenas entre os grupos de Pizeta (2014). Tais comparações entre achados parecem indicar que a obesidade não geraria efeitos tão grandes na percepção dos pais sobre a saúde mental dos filhos quanto a presença da depressão materna, dentro das faixas etárias avaliadas. No entanto, essa reflexão merece ser ponderada como apenas inicial, circunscrita como análise exploratória limitada pelo tamanho das amostras envolvidas nesses trabalhos.

Embora voltado para outra faixa do desenvolvimento, Assunção et al. (2013) investigaram a associação da saúde mental com a obesidade em 4.325 jovens entre 11 e 15 anos de idade pertencentes à coorte de nascimentos de 1993 de Pelotas (RS). Os autores objetivaram avaliar a associação entre a trajetória da obesidade e presença de dificuldades emocionais e comportamentais em adolescentes. Para tanto, os jovens foram avaliados quanto ao IMC, questionário SDQ, bem como características sociodemográficas e comportamentais. Em seus resultados os autores apontam que a trajetória de obesidade mostrou associação com o escore total do SDQ apenas para o sexo masculino. Nesse grupo, a obesidade (a partir dos 11 anos) mostrou relação com maior pontuação na subescala de problemas de relacionamento com os colegas. O delineamento longitudinal desse estudo permitiu observar influências da idade no

impacto das variáveis relativas à saúde mental, além de destacar possíveis diferenças entre sexos na faixa etária adolescente. Diante desse tipo de evidência empírica, nota-se que o estudo presentemente exposto merece ser circunscrito a sua perspectiva transversal para análise da obesidade em crianças, o que mereceria acompanhamento longitudinal para se visualizar possível efeito ao longo do desenvolvimento. Trata-se, portanto, de um limite importante a ser considerado no presente trabalho.

A partir do exposto até o momento, é possível pensar que a interação entre a saúde mental e física, bem como a influência do contexto social tornam-se complexas e bastante peculiares a cada situação. As variáveis envolvidas são múltiplas e merecem estudos e questionamentos que visem circunscrevê-las com precisão, favorecido por delineamentos longitudinais de pesquisa. Entretanto, pode-se argumentar que pressupor a existência de dificuldades em termos de saúde mental apenas pela existência de um quadro que se expressa fisicamente pode ser errôneo e subestimar a função que aquela expressão pode ter no funcionamento global do indivíduo. Da mesma forma, como visto nos resultados do presente estudo, o grupo eutrófico de crianças, tomado como parâmetro de comparação (em princípio considerado como possuidor de desenvolvimento típico) sinalizou dificuldades e sofrimentos captados por seus pais e responsáveis que responderam ao instrumento de rastreio (SDQ), mas cuja expressão não se manifestou em alterações de natureza clínica ou somática.

Em conclusão, poucas diferenças foram aqui encontradas entre os indicadores de saúde mental de crianças com e sem obesidade, conforme percebido por seus pais e responsáveis. Tal aproximação se torna importante no sentido que sinaliza a preservação dos recursos infantis mesmo em quadro somático (como o diagnóstico de obesidade), o que muitas vezes é pouco considerado, atribuindo a crianças com obesidade dificuldades de ordem emocional que não se confirmaram no presente trabalho. Esses achados nos convidam a refletir e a desenvolver novas formas de pensar a saúde e a doença na criança, bem como suas formas de expressão no corpo e no psiquismo, buscando, ao melhor compreendê-las, fornecer melhor cuidado e assistência neste importante momento do desenvolvimento humano.

Referências

Assunção, M.C.F., Muniz, L.C., Schäfer, A.A., Meller, F.O., Carús, J.P., Quadros, L.C.M., Domingues, L.R., Silva, V.L.S., Gonçalves, H., Hallal, P.C. & Menezes,

- A.M.P. (2013). Tornar-se obeso na adolescência pode trazer consequências à saúde mental? *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1859-1866.
- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(3), 139-145.
- De Niet, J. E., & Naiman, D. I. (2011). Psychosocial aspects of childhood obesity. *Minerva Pediatrica*, 63(6), 491-505.
- Fleitlich, B., Cortazar, P. G. & Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Revista Infante (de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência)*, 8, 44-50.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Guimarães, A.L.C. (2015). Características de personalidade e estratégias de enfrentamento do câncer em crianças e adolescentes. *Trabalho apresentado para Exame de Qualificação (Mestrado)*, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Guo, S. S., Wu, W., Chumlea, W. C., & Roche, A. F. (2001). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Obesity Research*, 9(4), 239S-243S.
- Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 247-253, doi: 10.3109/09540261.2012.678817.
- Inclendon, E., Wake, M., & Hay M. (2011). Psychological predictors of adiposity: systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(2-2), e1-11, doi: 10.3109/17477166.2010.549491.
- Organização Mundial da Saúde (2007). Curvas de crescimento para crianças de 5 a 19 anos. Recuperado em 10 de agosto de 2015, a partir do website: <http://www.who.int/growthref/en/>.
- Pizeta, F. A. (2014). Depressão materna, estressores e resiliência: preditores do comportamento de escolares. *Tese de doutorado*, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Puder, J. J. & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity (London)*, 34(2), S37-43.

- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 619-629.
- Segre, M. & Ferraz, F.C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
- Sun, S. S., Liang, R., Huang, T. T-K., Daniels, S. R., Arslanian, S., Liu, K., Grave, G. D., & Siervogel, R. M. (2008). Childhood Obesity Predicts Adult Metabolic Syndrome: The Fels Longitudinal Study. *The Journal of Pediatrics*, 152(2), 191-200.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440.
- WHO (World Health Organization) (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Recuperado em 27 fevereiro, 2013, a partir do website: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> .
- Ximenes L.B., Pinheiro A.K.B., Lima K.M., & Nery H.B. (2004). A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. *Acta Scientiarum Health Science*. 26(1), 223-230.
- Zenlea, I.S., Mednick L., Rein, J., Quinn, M., Wolfsdorf, J., & Rhodes, E.T. (2014). Routine behavioral and mental health screening in young children with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes*, 15, 384–388. doi: 10.1111/pedi.12099.

Para além da codificação: Estratégias para análise qualitativa complementar das respostas do Rorschach

Paulo Francisco de Castro
Universidade de Taubaté

Resumo: O presente trabalho apresenta a possibilidade de interpretação qualitativa das respostas do Método de Rorschach, segundo quatro modelos de análise. A cotação quantitativa das respostas do protocolo caracteriza o Rorschach e confere ao método alto grau de confiabilidade, a partir da comparação com os dados do grupo normativo. Também é possível a análise qualitativa das verbalizações, a partir de diferentes referenciais teóricos e metodológicos, como segue: 1) Interpretação psicanalítica das respostas: as verbalizações são analisadas, considerando-se sua representação simbólica e seu significado psicanalítico, sempre levando em conta o cartão no qual foi emitida. 2) Interpretação qualitativa a partir do referencial junguiano: análise de cada resposta, segundo a interpretação arquetípica diante da emissão em cada cartão. Nessa proposta compreende-se cada estímulo das manchas como a representação de um grande arquétipo. 3) Rorschach temático: após a aplicação do teste, é solicitado ao indivíduo avaliado que construa uma narrativa, como uma história, envolvendo todas as respostas emitidas em cada um dos cartões, perfazendo dez construções temáticas. Esse material pode ser analisado por meio das necessidades apresentadas, pressões vividas, conflitos evocados e desfecho da trama construída. 4) Interpretação psicodinâmica segundo proposta para o sistema compreensivo: analisam-se as verbalizações que são consideradas com maior carga projetiva, sendo as respostas com qualidade formal menos, com movimentos de qualquer tipo e com superelaborações verbais. A análise qualitativa das respostas possibilita uma análise subjetiva dos dinamismos psicológicos, facilitando a compreensão dos componentes idiossincráticos apresentados, sob os diferentes aportes teóricos, tanto para psicodiagnóstico como para psicoterapia. A despeito da importância da análise qualitativa, é importante salientar que a mesma configura-se como um conjunto de dados complementares na avaliação e nunca deve substituir a interpretação dos dados quantitativos do protocolo de Rorschach que, como já foi mencionado, caracteriza o referido método.

Palavras-chave: *Avaliação psicológica. Teste de Rorschach. análise qualitativa.*

Introdução

O Método de Rorschach configura-se como importante estratégia para avaliação psicológica de vários componentes da personalidade dos indivíduos, possui reconhecimento nacional e internacional por suas propriedades e capacidade de explorar, de forma ímpar, um conjunto de características globais para diagnóstico psicológico em variados contextos.

Os dados quantitativos, obtidos por meio da codificação e cotação das respostas, conferem ao instrumento objetividade na interpretação dos resultados e possibilidade de estudos empíricos, com fundamentação psicométrica. Esse componente objetivo de análise e interpretação do Rorschach o define, caracterizando-se como aspecto central do trabalho com o referido método e sempre deve ser utilizado para a avaliação dos indivíduos (Castro, 2012). O rigor e a exatidão que os dados psicométricos permitem, pode garantir a confiabilidade do uso de técnicas projetivas, por meio de estudos de validade (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006).

Além dessa importante questão objetiva, é possível, dependendo da abordagem teórica do clínico ou do pesquisador, a investigação qualitativa das verbalizações

emitidas na aplicação do Rorschach, identificadas nas respostas e também em comentários do indivíduo avaliado e das representações de seu mundo interno, constituindo-se como rico recurso para compreensão de suas idiossincrasias (Castro, 2008, 2012; Fensterseifer & Werlang, 2008). Dessa forma, a complexidade da natureza humana e sua singularidade podem ser consideradas na compreensão integral dos dados da avaliação qualitativa (Güntert, 2000; Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006).

A integração dos dados quantitativos, obtidos pela cotação do protocolo sob a proposta de um sistema de classificação, com as interpretações qualitativas, oriundas da análise das verbalizações expressas, a partir de uma proposta teórica clara, permite uma visão global e integrada do indivíduo avaliado. As contribuições das informações qualitativas complementam, de forma particularizada e pessoal, os dados quantitativos gerais, fruto da comparação das informações objetivas com os dados normativos. Dessa maneira, é possível uma conclusão diagnóstica que leva em consideração as questões nomotéticas e idiográficas da pessoa avaliada (Castro, 2012; Gherardi, 2013).

Importante destacar que não se trata de buscar qualquer tipo de evidência para validação para os dados qualitativos para a interpretação do Rorschach, mesmo porque como assinala Villemor-Amaral (2006), a comprovação empírica para a análise simbólica por meio da linguagem e das imagens percebidas é tarefa difícil. Nesse sentido, pode-se citar o estudo com pacientes com pânico, onde não foi possível identificar um padrão comum para os dados qualitativos na análise de 30 pacientes (Castro, 2008). Ainda se destaca a importância das interpretações se pautarem em dados de pesquisas e da fundamentação teórica, e não nas impressões do aplicador (Alves, 2006; Pinto, 2014).

Objetivo

Apresentar quatro propostas de interpretação qualitativa das respostas do Método de Rorschach: psicodinâmica, junguiana, temática e compreensiva, como estratégia complementar na avaliação psicológica.

Interpretação psicanalítica das respostas

A interpretação psicodinâmica das respostas pode ser organizada a partir da associação dos componentes perceptivos (identificados a partir do sistema de classificação objetivo, como localização, determinantes, conteúdos, entre outras) com um conjunto de significados simbólicos próprios. Nessa proposta, cada categoria de

codificação possui um significado qualitativo e psicodinâmico, pois se compreende que a emissão de cada uma dessas propriedades perceptivas é influenciada diretamente por conteúdos inconscientes que são convertidos em componentes objetivos da verbalização (Holt, 1983; Portuondo, 1973; Silva, 1987). Além disso, escalas específicas observadas na articulação quantitativa também podem ser associadas a funcionamento psicanalítico (Erdberg, 2012).

A estratégia de análise psicanalítica das respostas mais comum centra-se na concepção de que cada cartão e sua mancha possuem um significado simbólico próprio e, em consequência disso, evocam conteúdos inconscientes de forma específica. Assim, a partir da análise da representação simbólica da resposta ou do comentário, esse significado é associado ao conteúdo que o cartão explora, permitindo identificar um contexto determinado para aquele grupo de expressões. Cada estímulo apresenta uma demanda específica latente de investigação e proporciona a interpretação de componentes significativos e específicos da personalidade, como fruto de complexo processo psíquico, por meio da relação estabelecida entre sujeito e objeto (Augras, 1980; Chabert, 1997/ 2003; Chabert, 1998/2004; Marques, 1999; Portuondo, 1973; Potkay, 1973; Vaz, 1997). Assim, quanto mais detalhes a verbalização possuir, maior será o significado particular daquela elaboração.

O próprio Rorschach (1967), em outros trabalhos, faz referência à representação simbólica de distintos objetos, concretos e verbais, como é possível identificar em suas reflexões sobre o simbolismo de cobra, gravata e de um conto chinês, todos, segundo uma posição psicanalítica, com conotação sexual. Woods e Nashat (2012) traçam estreita relação entre os conceitos psicanalíticos e o Método de Rorschach, explicitando que a referida teoria pode ser empregada de várias maneiras na investigação da personalidade dos indivíduos.

Essa interpretação deve ser feita com cautela, por profissionais com amplo conhecimento e boa formação em psicanálise, principalmente no se que refere às representações simbólicas dos objetos (Vaz, 1997). Nesse caminho, Portuondo (1973) traça uma lista de objetos e seus respectivos simbolismos para que se possa tomar como uma base para interpretação das respostas, mas assinala que essa análise não deve ser feita de forma estática ou direta, é necessário a verificação do contexto em que determinado objeto compõe a resposta para que a interpretação de seu significado seja mais segura. Chabert (1997/ 2003), Marques (1999) e Sousa (1982) complementam a estratégia descrita, assinalando que o material verbal a ser analisado deve ser

significativo para o avaliado, com componentes claramente importantes, buscando expressões significantes para a interpretação do caso. Isso pode ser observado por meio de ênfases verbais, adjetivação pontual ou outras formas de valorização do material verbal.

Lerner (1991) e Schafer (1954) propõem um conjunto de categorias que podem ser utilizadas na interpretação simbólica das respostas, no sentido de se estruturar de forma mais clara a análise. Compreendem que as respostas são fruto do determinismo psíquico e podem ser verificadas nos seguintes itens:

- Orientação anal;
- Orientação de dependência e oralidade;
- Orientação sadomasoquista;
- Orientação autoritária;
- Conflitos de superego;
- Fragilidade geral e resistência;
- Atitude de medo ou rejeição diante da identidade masculina;
- Atitude de medo ou rejeição diante da identidade feminina;
- Atitude de rejeição diante de regras adultas, educacionais e parentais;
- Identidade negativa;
- Narcisismo e sensualidade;
- Aspectos de reprodução;
- Relacionado à idade ou morte; e
- Tom emocional e atmosfera interpessoal.

Em outra vertente de análise, as verbalizações e suas associações com os componentes da resposta e da codificação, permitem a interpretação dos processos defensivos que foram utilizados pelo indivíduo. Nesse contexto, a identificação dos mecanismos de defesa do ego permite analisar as estratégias utilizadas pelos avaliados quando se defrontam com os conteúdos que são evocados pela representação de cada cartão (Lerner, 1991, Orlando, 1976; Schafer, 1954)

No sentido de ilustrar a possibilidade de interpretação qualitativa do Rorschach, à luz da teoria psicanalítica, as sínteses de alguns estudos com o referido enfoque são apresentadas: Paciente com Transtorno de Pânico indica dificuldade de articulação de seus conteúdos inconscientes, com utilização de mecanismos de repressão e regressão, gerando vivência intensa de ansiedade, fragilidade e isolamento (Castro, 2010, 2012). Estudo de caso com três mulheres revelou questões específicas da identidade feminina

relacionada, em linhas gerais, a questões de fragilidade, relações estabelecidas com as figuras parentais, angústias e frustrações (Dauber & Grubits, 2006). O motorista infrator das leis de trânsito indicam tendências antissociais, associados a uma dinâmica de funcionamento narcisista, além disso, revelam relações insatisfatórias com a figura paterna e autoridade (Frasson & Souza, 2002). Indivíduos idosos tendem a significar a passagem do tempo com acuidade perceptiva, vivências de luto, instabilidade emocional para as mulheres e polarização emocional para os homens (Gavião, 2002). Adolescentes com histórico de suicídio tendem a indicar componentes impulsivos agressivos e ligados ao instinto de morte, associados a intensa inibição que é resultado de ruptura do bloqueio impulsivo (Laimou, 2012). Por fim, identificou-se que indivíduos idosos tendem a uma autoimagem em consonância com suas vivências e experiências, além disso, o envelhecimento em si, não conduz a um empobrecimento dos processos psíquicos como relatam estudos anteriores (Verdon, 2012).

Interpretação qualitativa a partir do referencial junguiano

A proposta junguiana para a interpretação qualitativa do Rorschach parte da fundamentação teórica da Psicologia Analítica e de seus pressupostos epistemológicos próprios. Nesse contexto, cada cartão do método é associado a um significado arquetípico e, a partir dessa associação, é que as interpretações são organizadas (McCully, 1980). O autor apresenta as imagens das manchas e as compara com desenhos, obras de arte e pinturas arqueológicas que fundamentam a relação dos cartões com seus respectivos arquétipos.

Quando os significados atribuídos a cada cartão são comparados com os de fundamentação psicanalítica, é possível observar algumas semelhanças, mas que, ao analisar o material interpretativo e suas manifestações de forma mais detalhada, se afastam em virtude de cada pressuposto teórico. Assim, caso o psicólogo tenha uma formação em Psicologia Analítica e pretende realizar uma leitura qualitativa à luz dessa abordagem, é necessário que o mesmo se apoie na representação simbólica própria e, assim como na anterior, há a necessidade de pleno domínio da teoria junguiana, da teoria dos arquétipos e da simbologia segundo esse enfoque teórico (McCully, 1980).

Schwarz (2012), diante da premissa que tanto Rorschach como Jung, cada um a sua maneira, apresentaram uma visão profunda da natureza humana e do psiquismo, imprescindíveis para um diagnóstico psicológico, traça estreita relação entre a análise qualitativa do Método de Rorschach com os conceitos de arquétipos da psicologia

junguiana. Explica que o arquétipo, compreendido como uma energia psíquica condensada, pode se atualizar e se manifestar nas respostas do método, quando o indivíduo se depara com os estímulos dos cartões e estes despertam essa energia latente. Assim, a interpretação qualitativa e psicodinâmica permite compreensão de forma mais abrangente e profunda do funcionamento psicológico do indivíduo avaliado.

Como exemplos do que foi exposto, tem-se a investigação de Schwarz (1999) sobre os arquétipos parentais observados na aplicação do Método de Rorschach, revelando, em síntese, a manifestação constante e a força dos referidos fenômenos arquetípicos nas elaborações dos indivíduos avaliados. Assinala as diferenças entre as representações dos arquétipos materno e paterno, que corresponde à simbologia de cada um deles.

Rorschach Temático

A ampliação das informações obtidas nas respostas do Método de Rorschach não é recente e visa, com diferentes propostas, levantar dados clínicos para significativa integração e compreensão da dinâmica psicológica dos indivíduos. Nessa direção, propõe-se uma segunda etapa no procedimento do método, como segue: Em um primeiro momento é realizada a aplicação tradicional do teste a partir da apresentação dos cartões, emissão de respostas e inquérito, com essa etapa completa, solicita-se que o indivíduo avaliado construa uma história, envolvendo todas as respostas indicadas em cada cartão que são mencionadas pelo aplicador, compondo-se, portanto, dez narrativas (Jacquemin, 2003)

Não há um modelo de interpretação pré-definido para os dados obtidos na segunda etapa da aplicação, embora a proposta que Murray apresenta para a interpretação do Teste de Apercepção Temática seja a mais apropriada nesses casos. O Rorschach Temático possibilita a complementação das informações perceptivas obtidas nas respostas iniciais do método, permitindo maior investigação da interrelação entre o real e o imaginário, atingindo um nível fantasmático por meio da dinâmica passada e presente dos conteúdos de personalidade e acrescenta informações complementares muito valiosas para a integração dos dados na avaliação (Jacquemin, 2003).

A aplicação do Rorschach Temático foi realizada em estudo de caso de paciente com Transtorno de Pânico, observando-se características de regressão e negação diante de suas dificuldades, relação simbiótica e dependência em relação à figura materna que,

segundo os dados levantados, não são processados adequadamente, gerando a sintomatologia do pânico (Sarvassi, 2000).

Interpretação psicodinâmica segundo proposta para o Sistema Compreensivo

O sistema compreensivo compreende que o processo de formação das respostas é claramente dividido entre componentes perceptivos, responsáveis pelas informações estruturais e obtidos por meio da codificação e projetivos, verificados nas verbalizações com maior carga pessoal (Nascimento & Güntert, 2003). Assim, nesta proposta de análise qualitativa, objetiva-se uma interpretação dos componentes comuns observados nas imagens temáticas das respostas, fundamentadas na proposta de Weiner (1998/2000) que assinala que as imagens temáticas referem-se aos componentes psicodinâmicos das respostas, observados nas verbalizações com maior carga projetiva.

Em um primeiro momento, podem ser separadas todas as respostas cujo componente projetivo pudesse estar mais presente. Os critérios utilizados, segundo Exner e Sendín, (1998/1999) e Weiner (1998/2000) incluem:

- Respostas com forma distorcida, pois não utilizam os componentes formais e objetivos das manchas e, por isso tendem a apresentar componentes mais particulares do que as respostas com qualidade formal comum;
- Respostas com elaboração de movimento de qualquer tipo, visto que o estímulo apresentado é estático e a articulação de cinestésias é própria dos conteúdos dos indivíduos e,
- Respostas com superelaborações verbais, nesses casos, incluem-se componentes verbais que são desencadeados por conteúdos que estão além do que é apresentado pelas manchas.

As respostas podem ser separadas por cartão, respeitando-se a proposta de que os estímulos apresentados em cada um dos cartões possuem componentes específicos, seguindo a estratégia psicanalítica anteriormente apresentada.

A interpretação psicanalítica ou psicodinâmica enriquece a análise dos dados do Método de Rorschach e, pautando-se na proposta do sistema compreensivo, tem-se as seguintes investigações: Possibilidade da análise da sequência interpretativa do método, à luz de uma proposta psicanalítica, com vistas ao estudo das defesas o que permite ampliação da compreensão do caso e do diagnóstico (Baba, 1995). Avaliação das figuras de autoridade observadas em gerentes empresariais, identificando-se oscilação entre características de dominação e passividade frente à autoridade, um grupo apresentou

estilo mais individualista e outro revelou capacidade em articular as figuras de poder (Garcia Santos & Werlang, 2010).

Considerações Finais

Foram apresentadas quatro estratégias para análise qualitativa das informações obtidas no Método de Rorschach que podem, de acordo com a posição teórica adotada pelo psicólogo, ser utilizadas como material complementar para a avaliação psicológica. A análise qualitativa mostra-se muito importante nas aplicações clínicas do Método de Rorschach para facilitar a compreensão dos componentes mais particulares dos indivíduos.

Em linhas gerais, é possível observar que a proposta de análise psicanalítica das verbalizações emitidas durante a aplicação é a que possui maior material publicado e há mais tempo, o que pode explicar sua maior inserção entre os profissionais e pesquisadores que utilizam a estratégia qualitativa.

Por fim, ressalta-se a necessidade primeira de analisar o material do Método de Rorschach a partir das informações quantitativas da codificação e cotação do protocolo, de acordo com um sistema de classificação definido e com pesquisas normativas atualizadas e pertinentes ao grupo estudado. Em um segundo momento, a análise qualitativa do material, qualquer que seja a opção adotada pelo profissional, poderá complementar e particularizar as informações clínicas obtidas. Assim, a interpretação qualitativa não substitui o material objetivo do Método e não deve ser utilizada de forma isolada.

Referências

- Alves, I.C.B. (2006). Considerações sobre a validade e precisão nas técnicas projetivas. In: A.P.P. Noronha, A.A.A. Santos & F.F. Sisto (Orgs.). *Facetas do fazer em avaliação psicológica*. (pp. 173-190). São Paulo: Vetor Editora.
- Augras, M. (1980). *A dimensão simbólica: O simbolismo nos testes psicológicos* (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Baba, R. (1995). A comparative study of the comprehensive system and a psychoanalytic sequence analysis. *Rorschachiana*, 20, 64-92.
- Castro, P. F. (2008). *Caracterização da personalidade de pacientes com Transtorno de Pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo*.

- São Paulo, Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro, P. F. (2010). Avaliação psicodinâmica de paciente com transtorno de pânico por meio dos dados qualitativos do Método de Rorschach. *Resumos da Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 40 (CD-ROM). Curitiba: SBP.
- Castro, P. F. (2012). A abordagem psicodinâmica como estratégia para análise qualitativa das respostas do Rorschach. In: D.M. Amparo, E.T.K. Okino, F.L. Osório, C.L.C. Hisatugo & M. Tavares. (Orgs). *Métodos projetivos e avaliação psicológica: atualizações, avanços e perspectivas*. (pp. 325-340). Ribeirão Preto: ASBRo.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. (L.A. Cunha e J. P. Silva, trad.). Lisboa: Climepsi. (original publicado em 1997).
- Chabert, C. (2004). *Psicanálise e métodos projetivos*. (A.J. Lelé e E.M.A.C. Silva, trad.). São Paulo: Vetor Editora. (original publicado em 1998).
- Dauber, L., & Grubits, S. *Psicodiagnóstico de Rorschach e sexualidade feminina*. São Paulo: Vetor Editora.
- Erdberg, P. (2012). Bridging the GAP: quantitative Rorschach approaches to psychodynamic constructs. *Rorschachiana*, 33, 100-107.
- Exner, J. E. & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. (L.Y. Massuh, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (original publicado em 1998).
- Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2008). Apontamentos sobre o status científica das técnicas projetivas. In: A.E Villemor-Amaral & B.S.G. Werlang (Orgs.). *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. (pp.15-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Frasson, L. M. M., Souza, M. A. (2002). Estudo qualitativo da personalidade do motorista infrator através do Rorschach e EDAO. *Boletim de Psicologia*, 52 (117), 141-157.
- Garcia Santos, S. C., & Werlang, B. S. G. (2010). A percepção das figuras de autoridade no Rorschach de gerentes empresariais. In: S.R. Pasian (Org.). *Avanços do Rorschach no Brasil*. (pp. 121-151). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gavião, A. C. D. (2002). *A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas: Psicanálise, Rorschach e envelhecimento*. São Paulo: Vetor Editora.

- Gherardi, C. A. (2013). Test de Rorschach: una propuesta de interpretación complementaria de sus signos, a partir de los conceptos del Algoritmo David Liberman (ADL). *Análisis de um caso. Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(1), 134-174.
- Güntert, A.E.V.A. (2000). Técnicas projetivas: o geral e o singular em avaliação psicológica. In: F.F. Sisto, E.T.B. Sbardelini & R. Primi (Orgs.). *Contextos e questões da avaliação psicológica*. (pp. 77-84). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Holt, R. R. (1983). *Il processo primario nel Rorschach e nel materiale tematico*. Roma: Borla.
- Jacquemin, A. (2003). Rorschach Temático: um complemento significativo ao Rorschach tradicional. In: J.A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). (pp. 378-385). Porto Alegre: Artmed.
- Laimou, D. (2012). Na epistemological and methodological approach to drives and diffusion of instincts through the clinical assessment of suicidal adolescents: The contribution of the Rorschach Test. *Rorschachiana*, 33, 108-124.
- Lerner, P. M. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. New Jersey: The Analitic Press.
- Marques, M. E. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McCully, R. S. (1980). *Rorschach, teoria e simbolismo: Uma abordagem junguiana*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Nascimento, R. S. G. F., & Güntert, A. E. V. A. (2003). Novas tendências: introdução ao Sistema Compreensivo de Exner. In: J. A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). (pp. 368-377). Porto Alegre: Artmed.
- Orlando, I. (1976). *La interpretacion dinamica em el Rorschach*. Buenos Aires: Paidós.
- Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora*, 17 (1), 135-153.
- Portuondo, A. (1973). *El Rorschach Psicoanalitico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Potkay, C. R. (1973). *El psicólogo clínico y el Test Rorschach*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rorschach, H. (1967). *Obras menores e ineditas*. Madrid: Ediciones Morata.
- Sarvassi, M. M. O. C. (2000). Contribuições do Teste de Rorschach Temático à investigação do Transtorno de Pânico. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8(13), 73-90.
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach Testing: Theory and application*. New York: Grune & Stratton.

- Schwarz, L. R. (1999). *Os arquétipos parentais através do Rorschach-Temático: Ilustração do método de amplificação de Jung*. São Paulo: Vetor Editora.
- Schwarz, L. R. (2012). O Método de Rorschach no enfoque junguiano – a relação entre as manchas do Rorschach e os arquétipos. In: D. M. Amparo, E. T. K. Okino, F. L. Osório, C. L. C. Hisatugo & M. Tavares. (Orgs). *Métodos projetivos e avaliação psicológica: atualizações, avanços e perspectivas*. (pp. 341-351). Ribeirão Preto: ASBRo.
- Silva, M. D. V. (1987). *Rorschach: Uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU.
- Souza, C. C. (1982). O Método de Rorschach (3ª ed.). São Paulo: EDUSP.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: Teoria e desempenho* (3a ed.). São Paulo: Manole.
- Verdon, B. (2012). Changing while remaining the same self-representation confronted with aging. *Rorschachiana*, 33, 145-168.
- Villemor-Amaral, A. E. (2006). Desafios para a cientificidade das técnicas projetivas. In: A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos & F. F. Sisto (Orgs.). *Facetas do fazer em avaliação psicológica*. (pp. 163-171). São Paulo: Vetor Editora.
- Villemor-Amaral, A. E., & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF*, 11(2), 185-193.
- Weiner, I.B. (2000). *Princípios de Interpretação do Rorschach*. (M. C. V. Silva, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (original publicado em 1998).
- Woods, J. M., & Nashat, S. (2012). Psychoanalysis and the Rorschach. *Rorschachiana*, 33, 95-99.

Rorschach Tátil: A avaliação da personalidade por meio das impressões táteis

Rejane Lucia Veiga Oliveira Johann

Julian Tejada

Departamento de Psicologia - Centro de Educação e Ciências Humanas

Universidade Federal de Sergipe

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo apresentar o *Rorschach Tátil*. Trata-se de uma técnica criada por Oscar V. Oñativia e publicada em 1972 pelo Editorial Paidós. Esta teve como propósito contribuir com o estudo dos fenômenos projetivos por meio da percepção tátil. É uma técnica paralela ao Rorschach, composta de quatro pranchas-estímulo, feitas de plástico, retangulares, com dimensões de 25,5 x 41 cm. São forradas no verso por um tipo de veludo e no anverso apresentam variadas texturas e elevações. Sua aplicação é feita com o auxílio de uma tela como barreira visual, no entanto, sem impedir o livre o jogo das mãos dos examinandos. A pesquisa piloto contou com a participação de 323 pessoas de ambos os sexos, videntes e cegos. O autor procurou utilizar a mesma metodologia do Rorschach em sua aplicação, procurando deixar que o examinando fosse espontâneo, podendo localizar sua resposta no todo ou em partes da prancha. Limitava-se a perguntar: “Quando você tocar a prancha que vou colocar atrás desta tela, você me dirá o que é isto, o que lhe parece ser. Você tocará a prancha que eu te apresentar, e assim sucessivamente o fará com as outras pranchas, como você quiser fazê-lo, tomando todo o tempo que necessite, até que lhe ocorra algo. Não lhe peço que se apresse. Toque as pranchas todas as vezes que você quiser. Somente quando lhe ocorrer algo me comunica o que lhe parece”. Após a primeira resposta, quando o examinando se mantinha em silêncio o examinador insistia lhe perguntando “Alguma outra coisa? Algo mais te ocorre? Se você quiser pode voltar a tocar”. O mesmo procedimento foi adotado com as demais pranchas. A aplicação do Teste e o registro de seus dados também seguiram a metodologia do Rorschach com algumas adaptações necessárias ao tato. Foi percebido que junto com os aspectos verbais do protocolo, deveriam ser levados em conta os movimentos de apalpar, quanto a sua forma, estratégia e ritmo, uma vez que estes configuram a percepção tátil do indivíduo. Foram observadas repercussões senso motoras, onde muitas vezes o examinando focava mais sua atenção à própria reação do que no estímulo. Foram constatados ainda, desdobramentos associativos que levavam a percepção para uma dimensão interna da personalidade, trazendo à tona lembranças e memórias de conflitos passados. Lamentavelmente, as pesquisas com este instrumento não foram levadas adiante. Embora as pranchas e o livro tenham sido disponibilizados para compra na época, não se localizou nenhuma outra publicação sobre esta técnica.

Palavras-Chave: Rorschach Tátil, percepção tátil. avaliação psicológica.

O Teste de Rorschach

A Técnica de Rorschach, elaborada por Hermann Rorschach, teve sua primeira edição completa ao final de junho de 1921. Trata-se de dez cartões com borrões de tinta bilateralmente simétricos e suscetíveis de diversas interpretações (Bohm, 1973; Cohen, Swerdlik & Sturman, 2014; Sousa, 1982; Vaz, 1997). “Hermann Rorschach desenvolveu o que chamou de um ‘teste de interpretações de formas’ usando manchas de tinta como as formas a serem interpretadas” (Cohen et al., 2014, p.443). É bastante comum e popular a brincadeira de dar sentido a formas de nuvens, sombras ou borrões de todo tipo feitos ao acaso. Outros pesquisadores tentaram, anterior a Hermann Rorschach, trabalhar com técnicas de borrões de tinta. No entanto, nenhum deles buscou avaliar a personalidade tão amplamente quanto ele.

Contudo, quem teve primeiro a idéia de utilizar as manchas de tinta como teste psicológico e, portanto, deve ser considerado como precursor de Hermann Rorschach foram Binet e Henri em 1895. Eles utilizavam a técnica de manchas de tinta para avaliar a imaginação das pessoas e suas pesquisas não avançaram para além disto (Bohm, 1973; Endara, 1967; Sousa, 1982).

A principal diferença entre os estudos anteriores com manchas de tinta e a Técnica de Rorschach é que em todos foi analisado tão somente o conteúdo das interpretações dadas às manchas, enquanto que para Hermann Rorschach os aspectos formais eram os mais importantes (Sousa, 1982).

Existem vários Sistemas de Classificação da Técnica de Rorschach além do próprio Rorschach, tais como Beck, Exner (Compreensivo), Hertz, Klopfer, Ombredane Canivet, Piotrowski, Rappaport, e Silveira (Vaz, 1997). Atualmente, tem parecer favorável para utilização (emitido pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP) apenas quatro publicações que utilizam sistemas diversos: o Rorschach Clínico, o Sistema Klopfer, o Sistema Compreensivo e o Sistema da Escola Francesa. O Rorschach Tátil ainda é um desconhecido da grande maioria dos profissionais da área de avaliação psicológica, nem mesmo foi submetido à avaliação do CFP, carecendo de pesquisas.

O Teste de Rorschach Tátil

Em 1972 Oscar Oñativia buscando ampliar o estudo dos fenômenos projetivos por meio da percepção tátil propôs o Rorschach Tátil. O autor declara que “seguindo a consolidada rota traçada por Rorschach, em cujos ensinamentos nos apoiamos sempre, temos procurado transportar o modelo de seu experimento a esta outra fecunda vertente sensorial pela qual a personalidade também elabora parte de suas experiências, aprende a estruturar padrões de controle para adaptar-se à realidade, realimenta continuamente sensações conectadas com necessidades e desejos e opõe barreiras e defesas contra perigos internos e externos que reflitam suas ameaças por meio do veículo emocional que integra a percepção” (p.9).

O Rorschach Tátil é uma prova paralela e complementar à Técnica de Rorschach, segundo Oñativia (1972). O autor refere: “Imitamos tatilmente algumas das situações indeterminadas das manchas de tinta; procuramos seguir a mesma consígnia: transportar a análise formal da técnica de Rorschach para estudar estas outras respostas desde o ponto de vista da localização e configuração destas, da seleção e ênfase

acordados aos determinantes perceptuais, e dos conteúdos que preenchem os moldes conceituais a que finalmente chega o sujeito” (p.9).

O Rorschach Tátil é composto de quatro pranchas grandes, feitas com a sobreposição de materiais de diferentes formatos e texturas (Figura 1). Sua aplicação segue a metodologia da Técnica de Rorschach no que tange a deixar o examinando livre, a fim de garantir sua espontaneidade no enfrentamento da situação de avaliação, na localização de suas respostas. Para a aplicação o examinador senta-se perpendicular ao examinando a fim de poder observar não apenas a exploração da prancha por suas mãos, como também seu comportamento, gestos e atitudes. O Rorschach Tátil pode ser aplicado tanto em pessoas com deficiência visual severa, como em pessoas videntes, isto é, que enxergam normalmente. Para tanto, é colocada uma antepara vertical alta o suficiente para que o examinando não enxergue do outro lado. Esta é fixa na mesa e tem uma abertura bem em baixo para a passagem das mãos do examinando. As pranchas são colocadas em um tabuleiro inclinado, atrás desta antepara, a fim de impedir que o examinando as veja. Para conferir maior comodidade ao examinando na manipulação das pranchas, a inclinação adequada é de, aproximadamente 20°.

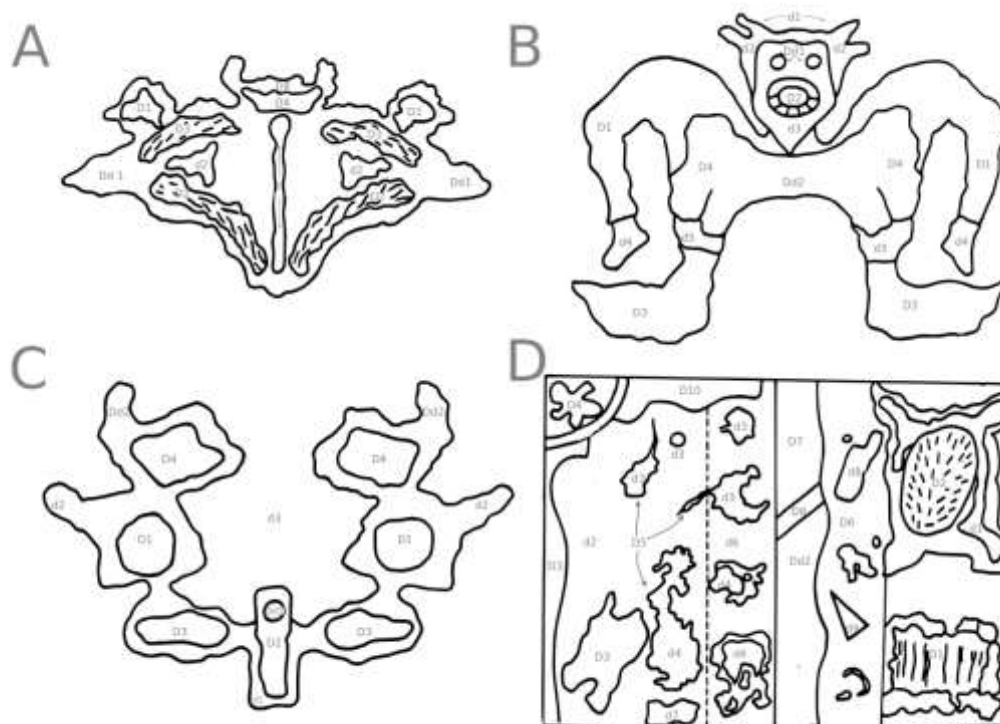


Figura 1: Representação esquemática das quatro pranchetas estandardizadas do Rorschach Tátil (Oñativia, 1972, p. 41).

A instrução dada é a seguinte: “Quando você tocar na prancha que vamos colocar atrás desta antepara, deverá nos dizer o que é que isto lhe parece ser. Você tocará a prancha que lhe apresentaremos, e assim sucessivamente o fará com as outras, como você quiser fazê-lo, tomando-se todo o tempo que necessite, até que lhe ocorra algo. Não quero que se apresse. Toque as pranchas todas as vezes que quiser. Somente quando lhe ocorrer algo me comunique o que lhe parece” (Oñativia, 1972, p.36). É dito ao examinando vidente que se deseja ver as pranchas, isto será possível apenas após ter sido concluída a aplicação.

Objetivando obter informações suficientes acerca das autoestésias e somatoestésias que a prova envolve, é acrescentado às instruções: “Se enquanto me disser o que lhe parece o que está tocando, lhe ocorrer algo mais, ou isto lhe recordar alguma outra coisa, ou lhe trazer outras ideias em sua mente, enquanto está tocando, não deixe, por favor, de comunicar-me. Tudo o que você disser, o que pensar ou sentir, será levado em conta” (Oñativia, 1972, p.36).

Caso o examinando fique em silêncio logo após a primeira resposta, o examinador deverá estimulá-lo dizendo: “Alguma outra coisa? Lhe ocorre algo mais? Se você quiser pode voltar a tocar”. Este procedimento é adotado também para as demais pranchas. Quanto a administração e registro da aplicação, segue-se a metodologia de Rorschach apenas com as adaptações necessárias ao tato.

O registro da aplicação envolve a anotação textual das respostas, comentários e comportamentos do examinando, assim como o tempo de reação a apresentação de cada prancha (tempo que levou desde a apresentação da prancha até o momento em que ele começa a apalpar a prancha), o tempo que leva até dar a primeira resposta, as pausas simples (apalpa a prancha, mas não emite respostas) e as pausas duplas (não apalpa a prancha e nem emite respostas). O registro das localizações é realizado em folhas especiais de localização, ressaltando os contornos e articulações topográficas das pranchas. Ao final da aplicação deverão ser revistas as localizações que deixaram dúvidas em seu registro.

O inquérito é feito depois de cada prancha. É breve, uma vez que busca não interferir na espontaneidade das respostas. Um inquérito mais completo é feito ao final da aplicação com o objetivo de complementar o que já foi dito. No entanto, o cuidado para não indução, não interferir nas respostas do examinando está presente tal como na Técnica de Rorschach. O Rorschach Tátil, diferente da Técnica de Rorschach, avalia

ainda as respostas que envolvem as autoestesias (referências pessoais no reconhecimento perceptual), as somatoestesias (sensibilidade corporal, consciência corporal) e várias das hilognosias (capacidade de reconhecer pelo tato). Para tanto, no inquérito realizado entre pranchas são investigados os determinantes táteis, muitas vezes não elaborados de forma explícita na resposta, mas supostamente presentes. Deve-se ainda, verificar se o examinando omitiu algum comentário ou referência subjetiva de valor que não quis manifestar durante a verbalização de suas respostas.

A população estudada por Oñativia (1972) foi de 36 deficientes mentais (entre crianças maiores de 10 anos, adolescentes e adultos); 20 crianças de 7 a 12 anos; 27 pessoas cegas (adolescentes e adultos); 83 adolescentes de 13 a 19 anos; 46 neuróticos em tratamento psiquiátrico externo (adolescentes e adultos); 17 pessoas processadas em juizados penais por delitos diversos. Foi aplicado também: Rorschach (227 casos), TAT (14 casos), Técnica das Relações Objetivas de Phillipson (29 casos), PMK (17 casos), Terman-Merrill (10 casos), Matrizes Progressivas de Raven (227 casos), Goodenough (32 casos), Bender (43 casos), Provas de execução (77 casos). Embora não faça referência aos resultados dos demais testes aplicados, Oñativia (1972) analisou comparativamente o Rorschach Tátil ao Rorschach no que tange à Localização, Determinantes e Conteúdos e identificou a maior diferença entre as duas técnicas. Segundo o autor, o Rorschach Tátil é incapaz de reproduzir a fórmula vivencial (M/C) do Rorschach, porém por sua vez, oferece uma exibição espectral muito mais ampla, desenhando em seus protocolos um ativo interjogo de dimensões entrantes e salientes da percepção, que vai desde uma espécie de caixa de ressonância íntima (autoestesias) até a atitude mais aloscêntrica a que podem chegar as formas ópticas (simbolizações), tendo como centro um primitivo sensibilizador corporal (somatoestesias) (p.94).

Oñativia (1972) reconhece que, ideal seria se tivesse um grupo de cegos de nascença e outro de cegos que perderam a visão na infância a fim de promover uma comparação entre os grupos. No capítulo que trata da pesquisa com pessoas cegas, Oñativia (1972) se limitou a analisar o comportamento das pessoas durante a aplicação e perante o examinador, os determinantes e os conteúdos das respostas. Quanto ao comportamento, o autor referiu que foi de desconfiança e de tensa expectativa. O autor não deixou claro como foi feito o convite às pessoas cegas para participação na pesquisa. Ao que parece, o autor não realizou um adequado rapport, tendo que solicitar “intervenção da diretora da instituição e dos alunos entusiastas pelo instrumento”

(p.128). Deste modo, a espontaneidade da participação, ao que nos parece, ficou comprometida.

O número total de respostas das pessoas cegas foi superior ao apresentado pelas crianças (12,6), pelos deficientes mentais (15,34), e pelos adolescentes (18,08). As pessoas cegas produziram 18,90 respostas/protocolo, os adultos 20,64 e as pessoas que compunham o grupo de casos clínicos 21,09 respostas. As pessoas cegas apresentaram dificuldades em emitir respostas de localização Global, que exigem uma capacidade de síntese mais elaborada, referindo respostas de Localização Detalhe Comum (D) e Detalhe Incomum (Dd) com mais facilidade.

Os cegos parecem mostrar uma mais rica sensibilidade pelas hilognosias vinculadas com o estado de superfície dos corpos (textura, resistência, temperatura, umidade e suas combinações) (...) Assim mesmo demonstram estar preocupados com as hilognosias de elasticidade, consistência e superfícies sobrepostas (Oñativia, 1972, p.130).

Quanto ao conteúdo, as pessoas cegas elaboraram respostas em maior quantidade de objetos (jogos e instrumentos de uso), em segundo lugar de utensílios de arrumação e asseio pessoal.

Diante do exposto, fica evidente que são necessários novos e mais amplos estudos acerca do Rorschach Tátil, especialmente no que tange à validade, fidedignidade. Um estudo normativo para aplicação em pessoas cegas deveria levar em conta o tempo de cegueira, a idade em que o sujeito perdeu a visão, o grau de cegueira, além da história de vida de cada um (cultura, independência/dependência para executar atividades de vida diária, etc). No entanto, existem inúmeras limitações para o desenvolvimento de novas pesquisas com o Rorschach Tátil, especialmente a dificuldade ou quase impossibilidade de acesso às pranchas. Deste modo, torna-se fundamental responder a questão: Quais são as bases biológicas da personalidade e em especial, a possibilidade de avaliar a personalidade através do tato?

As bases biológicas da Percepção Visual e Tátil

A percepção visual, nossa capacidade de detectar e interpretar informações visuais, está relacionada com mais de 30 áreas diferentes do cérebro (Ramachandran 2014, Kandel, Schwartz, Jessell, Siegelbaum & Hudspeth, 2012), as quais constituem aproximadamente a metade do córtex (Gregory, 2015). Por outro lado, a fisiologia da personalidade parece permear todas as áreas do cérebro ao estar relacionada com

alterações em vários tipos de neurotransmissores (Clonninger 1987, Ridley 2006, Schmidt, Fox, Perez-Edgar & Hamer 2009), como, por exemplo, o gene D4DR do cromossomo 11 que relacionado com o receptor de dopamina (Schmidt et al. 2009), e que nas suas versões “curta” e “longa”, torna os receptores mais ou menos sensíveis respectivamente, controlando o traço da “abertura para a experiência”.

Assim, é plausível supor que as diferenças nesses neurotransmissores, ou nos seus receptores como no caso descrito acima, afetem de maneira abrangente todas as áreas nas quais eles agem, incluindo as áreas sensoriais.

Essa suposição parece especialmente plausível no caso da percepção visual, pois quanto mais áreas do cérebro estejam dedicadas para determinada modalidade sensorial, maior será a possibilidade de que essas áreas sejam influenciadas pelas alterações nos neurotransmissores ou nos receptores as quais, acredita-se sejam o substrato fisiológico da personalidade.

Já com respeito à percepção tátil, a descoberta de que uma área específica de processamento visual (Keller, Bonhoeffer & Hübener, 2012) (área V1 no lobo occipital), pode também ser estimulada com informações táteis, abre a possibilidade para ampliar o raciocínio acima descrito e incluir também a percepção tátil, tornando plausível a identificação de características relacionadas com a personalidade através da apresentação de estímulos tanto visuais quanto táteis.

A seguir, será discutida a plausibilidade desse raciocínio à luz do conhecimento científico atual da percepção visual, tátil e o substrato biológico da personalidade.

O processamento visual

O caminho que a informação visual transita desde o momento no qual os diferentes comprimentos de luz atingem os fotorreceptores posicionados na parte posterior da retina, envolve pelo menos 30 áreas (Córtices Anterior, Medial, Ventral e Lateral Intraparietais, Campo Ocular Frontal, Córtices Temporais Inferior, Medial e Medial Superior, Córtex Pré-frontal, Córtices Pré-motores Dorsal e Ventral, Córtex Temporo-occipital, Hipocampo, Córtex Entorrinal, Núcleo Geniculado do Tálamo, áreas visuais V1, V2, V3, V4 do Córtex Visual, entre outras). Algumas delas têm como função a de separar, quase “picotar” (Núcleo Geniculado do Tálamo, áreas visuais V1, V2, V3, V4 do Córtex Visual), os estímulos visuais em características específicas (Kandel et al. 2012). Outras, pelo contrário, têm o objetivo de associar (Córtices Anterior, Medial, Ventral e Lateral Intraparietais, Campo Ocular Frontal, Córtices

Temporais Inferior, Medial e Medial Superior, Córtex Pré-frontal, Córtices Pré-motores Dorsal e Ventral, Córtex Temporo-occipital, Hipocampo, Córtex Entorrinal) essas características para criar a percepção da cena que está sendo observada (Kandel et al. 2012).

Tudo começa nos fotorreceptores, células sensoriais especialmente desenvolvidas para detectar diferentes comprimentos de onda. Algumas delas detectam só diferenças na luminosidade (Carlson 2012, Kandel et al. 2012), outras são capazes de detectar uma cor específica (Carlson 2012, Kandel et al. 2012). Esses fotorreceptores trabalham em grupos organizados os quais são chamados de campos receptivos (Carlson 2012, Kandel et al. 2012). Esses campos permitem o arranjo da informação que posteriormente será percebida como bordas ou limites dos objetos (Carlson 2012, Kandel et al. 2012).

Da retina, essa informação viaja pelo nervo óptico para o núcleo geniculado do tálamo, onde serão identificadas outras propriedades das imagens, como cores (ou combinações delas), detalhes finos, movimentos, profundidade, sendo que cada uma dessas informações viaja separadamente para outras regiões do cérebro (Carlson 2012, Kandel et al. 2012). Mas nem toda a informação da retina vai diretamente para os núcleos geniculados do tálamo de ambos hemisférios, parte dessa informação é enviada para a amígdala, tendo uma especial importância na identificação das emoções (Pegna, Khateb, Lazeyras & Seghier, 2005).

Do tálamo, a informação vai agora para o córtex visual área V1, separando as informações relacionadas com cores e detalhes finos das informações de forma e movimento, cada uma indo para uma camada específica do córtex V1 (V1α e V1β respectivamente) (Carlson 2012, Kandel et al. 2012). Dai informações que serão utilizadas para determinar a forma dos objetos observados vão pela via ventral para o córtex associativo V4 e as informações que serão utilizadas para determinar a posição e o movimento do objeto que está sendo observado vão pela via dorsal para o córtex temporal medial (MT) (Carlson 2012, Kandel et al. 2012).

O que acontece com a informação visual após ser dividida nas duas vias que permitem a identificação da forma e da posição e o movimento vai depender de inúmeros fatores relacionados tanto com o conteúdo da informação quanto do contexto emocional e da história pessoal de quem está enxergando essa informação. Dessas regiões em diante, a informação pode se tornar tanto o foco da atenção do indivíduo

quanto passar simplesmente despercebida. Sendo que os traços de personalidade serão um dos fatores que determinarão a maneira como essa informação será processada.

Infortunadamente, nosso conhecimento a respeito da maneira como a personalidade pode afetar a percepção visual está ainda no começo, e o foco da maioria das pesquisas está nas alterações na percepção provocadas por distúrbios ou transtornos, como por exemplo, a sobre-generalização de estímulos perigosos que pessoas com transtorno de ansiedade apresentam (Laufer, Israeli, & Paz 2016); ou a percepção alterada do tempo que apresentam pacientes com depressão (Kornbrot, Msetfi & Grimwood 2013); ou, já no campo da percepção tátil, a possibilidade que pessoas com traços esquizotípicos pronunciados consigam fazer cócegas neles mesmos (Lemaitre, Luyat & Lafargue 2016).

Um possível substrato biológico para a Técnica de Rorschach e para o Rorschach Tátil

Os dados fornecidos na seção anterior nos permitem ter uma primeira apreciação da complexidade do processo perceptivo, e a quantidade de áreas e regiões envolvidas, o que por sua vez fornece evidências empíricas que tornam plausível a ideia de que a maneira como enxergamos uma determinada imagem pode estar relacionada com nosso estado emocional, nossa história pessoal e também com a nossa personalidade. Isso devido à complexidade do processamento visual, à quantidade de áreas envolvidas e a abrangência dos neurotransmissores que possivelmente medeiam os traços de personalidade.

Este raciocínio se pode estender, com algumas limitações, para a percepção tátil, porque ela também envolve um número considerável de áreas, e pelas correlações acima mencionadas a respeito de áreas de processamento visual que são ativadas por estímulos táteis (Keller et al. 2012). Não obstante, em pessoas cegas, as quais apresentam atividade no córtex visual para uma enorme quantidade de tarefas não visuais, como a leitura em Braille, ou para escutar palavras, ou na discriminação de estímulos auditivos ou táteis (Burton 2003), é plausível supor que a quantidade de áreas envolvidas no processamento tátil e a complexidade desse processamento seja equiparável ao observado em pessoas sem problemas de visão.

Não obstante, apesar das evidências acima mencionadas, as quais sugerem que é plausível pensar que através da informação visual ou tátil seja possível identificar alguns traços de personalidade, ainda é preciso conciliar a aproximação teórica do

Rorschach e os modelos com mais apelo biológico, diga-se o Big Five, para conseguir mostrar que através da apresentação de imagens abstratas é possível identificar traços de personalidade que estão fortemente ligados a processos biológicos, como a tendência para procurar novidade. Nesse sentido, alguns estudos (Hartmann et al. 2003, Hartmann, & Gronnerod 2009 e Mihura et al. 2003) têm mostrado uma correlação entre as variáveis do Teste de Rorschach e os Big Five, mas mais estudos são necessários.

Conclusões

Os profissionais da área de avaliação psicológica encontram muitas dificuldades no momento de avaliar pessoas com deficiências severas, como é o caso da cegueira. Não existe nenhum instrumento de avaliação psicológica elaborado para avaliação da personalidade de pessoas cegas. O máximo que é possível se fazer é a aplicação de inventários de personalidade de forma adaptada, portanto fugindo à padronização original do instrumento, podendo comprometer seu resultado. O uso de um instrumento projetivo para avaliação da personalidade de pessoas cegas, ainda não é possível.

Urge que sejam elaborados, normatizados instrumentos de avaliação psicológica que atendam a população deficiente visual. No que tange à avaliação da personalidade, o Rorschach Tátil é um instrumento com grande potencial para cumprir satisfatoriamente esta tarefa. Bastaria que se investisse em pesquisas com este instrumento. Mas o acesso ao instrumento original é muito difícil, senão impossível, uma vez que não se encontra mais à venda as pranchas do Rorschach Tátil, nem mesmo o seu manual.

Por tudo que foi exposto, fica claro o quão importante será o trabalho multidisciplinar com a integração de neurocientistas, neuropsicólogos e psicólogos na execução destas pesquisas, bem como na elaboração de novos instrumentos específicos para avaliação de pessoas cegas no que tange à personalidade, memória, atenção, inteligência, dentre outros constructos.

Referências

- Bohm, E. (1979) *Manual del psicodiagnostico de Rorschach para psicólogos, médicos y pedagogos*. (7ª ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Burton, H. (2003). Visual Cortex Activity in Early and Late Blind People. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 23(10), 4005–4011.

- Bynum, W. F., & Porter, R. (Eds.). (1997). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (1 edition). London; New York: Routledge.
- Canil, T. (2006). *Biology of Personality and Individual Differences* (1ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Carlson, N. R. (2012). *Physiology of Behavior* (11ª ed.). Boston: Pearson.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588.
- Cohen, R. J., Swedlik, M. E., Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica - introdução a testes e medidas*. (M.C.G. Monteiro, Trad.) (8ª ed.). Porto Alegre: AMGH. (Trabalho original publicado em 2012).
- Corr, P. J. (2008). *The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality*. Cambridge University Press.
- Endara, J. (1967). *Test de Rorschach – Técnica, evolução e estado atual*. (2ª ed.). Barcelona-Espanha: Editorial Cientifico Medica.
- Eysenck, H. J. (1956). The inheritance and nature of extraversion. *The Eugenics Review*, 48(1), 23–30.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1977). *Psychoticism as a Dimension of Personality*. London: Hodder Arnold H&S.
- Eysenck, H. J., & Prell, D. B. (1951). The inheritance of neuroticism: an experimental study. *The Journal of Mental Science*, 97(408), 441–465.
- Gray, J. A. (1981). A Critique of Eysenck's Theory of Personality. In P. H. J. Eysenck (Ed.), *A Model for Personality* (pp. 246–276). Springer Berlin Heidelberg.
- Gregory, R. L. (2015). *Eye and Brain: The Psychology of Seeing* (5 edition). Princeton: Princeton University Press.
- Hartmann, E., & Gronnerod, C. (2009). Rorschach variables and Big Five scales as predictors of military training completion: a replication study of the selection of candidates to the naval special forces in Norway. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 254–264. <http://doi.org/10.1080/00223890902794309>.
- Hartmann, E., Sunde, T., Kristensen, W., & Martinussen, M. (2003). Psychological measures as predictors of military training performance. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 87–98. http://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_17.

- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (Eds.). (2012). *Principles of Neural Science*, (5th edition). New York: McGraw-Hill Education / Medical.
- Keller, G. B., Bonhoeffer, T., & Hübener, M. (2012). Sensorimotor Mismatch Signals in Primary Visual Cortex of the Behaving Mouse. *Neuron*, 74(5), 809–815. <http://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.03.040>.
- Kornbrot, D. E., Msetfi, R. M., & Grimwood, M. J. (2013). Time Perception and Depressive Realism: Judgment Type, Psychophysical Functions and Bias. *PLOS ONE*, 8(8), e71585. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0071585>.
- Laufer, O., Israeli, D., & Paz, R. (2016). Behavioral and Neural Mechanisms of vergeneralization in Anxiety. *Current Biology*, 26(6), 713–722. <http://doi.org/10.1016/j.cub.2016.01.023>.
- Lemaitre, A.-L., Luyat, M., & Lafargue, G. (2016). Individuals with pronounced schizotypal traits are particularly successful in tickling themselves. *Consciousness and Cognition*, 41, 64–71. <http://doi.org/10.1016/j.concog.2016.02.005>.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Bel-Bahar, T., & Gunderson, J. (2003). Correspondence Among Observer Ratings of Rorschach, Big Five Model, and DSM-IV Personality Disorder Constructs. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 20–39. http://doi.org/10.1207/S15327752JPA8101_03.
- Oñativia, O. V. (1972). *Rorschach Tátil*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Pegna, A. J., Khateb, A., Lazeyras, F., & Seghier, M. L. (2005). Discriminating emotional faces without primary visual cortices involves the right amygdala. *Nature Neuroscience*, 8(1), 24–25. <http://doi.org/10.1038/nn1364>.
- Ramachandran, V. S. (2014). *O que o cérebro tem para contar: Desvendando os mistérios da natureza humana* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Ridley, M. (2006). *Genome: The Autobiography of a Species in 23 Chapters* (1 Reprint). Harper Perennial.
- Schmidt, L. A., Fox, N. A., Perez-Edgar, K., & Hamer, D. H. (2009). Linking gene, brain, and behavior: DRD4, frontal asymmetry, and temperament. *Psychological Science*, 20(7), 831–837. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02374.x>.
- Sousa, C. C. de (1982). *O método de Rorschach*. (3ª ed.). São Paulo: Editoria da Universidade de São Paulo.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach – Teoria e desempenho* (3ª ed.). São Paulo: Editora Manole.

SEÇÃO 5: TÉCNICAS GRÁFICAS

A cultura, os valores e o desenvolvimento do grafismo de populações infantis indígenas revelados nos desenhos

Sonia Grubits

Jéssica Wunderlich Longo

Universidade Católica Dom Bosco

Resumo: Introdução: observamos brincadeiras, desenhos, modelagens, bricolagens e outras técnicas propostas em sessões de expressão artística com crianças indígenas em três pesquisas: Mundo Infantil Guarani/Kaiowá, Kadiwéu e Terena de Mato Grosso do Sul. Objetivo: nossa proposta foi investigar o desenvolvimento de crianças indígenas, relações familiares, sociais diferenças e semelhanças entre crianças índias e não índias. Método: trabalhamos com grupos de seis crianças com faixa etária de sete a nove anos, em cerca de quatro sessões, mensalmente, num período de um ano, em cada comunidade. As crianças se movimentavam e reagiam como se vivenciassem o trabalho como atividades lúdicas. Além disso, acompanhávamos o grupo no recreio e intervalos, na escola ou mesmo nas visitas às famílias. Resultados: pudemos observar o seu brincar em várias situações de vida, refletir sobre as vivências dos pais e dos filhos, e sobre tais situações e informações de outros pesquisadores. Quanto aos desenhos propriamente ditos, foi possível verificar a evolução dos desenhos e semelhanças entre as populações infantis Kadiwéu, Terena e não índias, identificando temas e traços comuns, assim como diferenças significativas, principalmente no uso de cores e formas. Conclusão: entendemos que o estudo do desenho infantil é relevante para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, além de permitir importantes reflexões sobre aspectos sociais e culturais de diferentes comunidades.

Palavras-chave: Populações indígenas; desenhos; cultura; desenvolvimento.

Introdução

Trabalhamos com crianças indígenas Guarani/Kaiowá, Kadiwéu e Terena de Mato Grosso do Sul, analisando e observando suas brincadeiras, desenhos, modelagens, bricolagens e colagens. As crianças se movimentavam, reagiam viviam os trabalhos como atividades lúdicas e espontâneas. Assim pudemos analisar a construção da identidade infantil, as referidas culturas e especificidades na organização social. Além disso, acompanhávamos o grupo no recreio e intervalos, na escola ou mesmo nas visitas às famílias. Observamos o seu brincar em várias situações de vida. Experiências sobre tais situações e informações de outros pesquisadores nos conduziram a algumas reflexões importantes.

Para Winnicott (1982) as crianças brincam porque gostam, têm prazer em todas as brincadeiras que envolvem aspectos físicos e emocionais. O desenvolvimento de suas experiências, com o fornecimento de materiais e idéias se dá de forma mais progressiva e competente. Ainda segundo o autor, quanto a sentimentos como agressividade, as

brincadeiras favorecem sua expressão em situações que não envolvem efetivamente os momentos de raiva, o mesmo acontecendo com outras emoções e sentimentos.

A brincadeira é, portanto, uma parcela importante na vida, por meio dela e da fantasia, as experiências internas e externas são férteis para a criança e comprovam que a capacidade criadora permite o desenvolvimento de vivências importantes. No desenvolvimento infantil, a brincadeira, que no início é solitária ou com a mãe e mais tarde com companheiros, promove uma organização para relações emocionais e contatos sociais.

Ainda segundo Winnicott (1982), "a brincadeira, o uso de formas e artes e a prática religiosa tendem, por diversos, mas aliados métodos, para uma unificação da personalidade" (p.163). O brincar tem um lugar e um tempo, brincar é fazer, a brincadeira é universal, é a própria saúde, facilitando a crescimento. Ele ressalta que a brincadeira se expande no viver criativo e em toda vida cultural do homem.

Brougère (1997, p. 40) afirma que:

Toda socialização pressupõe apropriação da cultura, de uma cultura compartilhada por toda a sociedade ou por parte dela. A impregnação cultural, ou seja, o mecanismo pelo qual a criança dispõe de elementos dessa cultura passa, entre outras coisas, pela confrontação com imagens, com representações com formas diversas e variadas. Essas imagens traduzem a realidade que a cerca ou propõe universos imaginários. Cada cultura dispõe de um 'banco de imagens', consideradas como expressivas dentro de um espaço cultural. É com essas imagens que a criança poderá se expressar, e com referência a elas que a criança poderá captar novas produções.

O brinquedo, por ser construído de acordo com imagens introduzidas pela cultura, possui diferentes atributos, assim como as diferentes sociedades possuem diferentes maneiras de ver, tratar e educar suas crianças. Nesse sentido, o brinquedo representa imagens dotadas de significados que expressam os traços e valores culturais passados de uma geração para outra (Brougère, 1997).

Brincadeira Indígena

De acordo com Kishimoto (1993), Velasco (1996), autores que estudaram a brincadeira indígena, a criança indígena não brinca, mas sim aprende com os pais os afazeres domésticos específicos de cada gênero. A menina acompanha a mãe e aprende, entre outras coisas, como cuidar das crianças e preparar as refeições, os meninos acompanham o cultivo e a caça dos alimentos. Tais situações envolvem situações tradicionais nas aldeias, pois atualmente já identificamos mudanças relacionadas com os contatos com populações rurais não índias ou das cidades próximas.

Ainda sobre situações domésticas e tradicionais, Silva et al. (2002) relatam que:

Para as crianças, o dia-a-dia na aldeia vai-se alternando entre algumas tarefas domésticas que observam, fazem sozinhas ou nas quais ajudam: lavar roupas e louças, tomar conta dos irmãos e irmãs menores, dar-lhes banho, [...]. Essas tarefas domésticas e outras atividades produtivas de que as crianças fazem parte são de verdade [...]. No entanto, o fato de ser tudo de verdade não impede a presença do componente lúdico, ainda que por vezes dissimulada pela responsabilidade que também é preciso assumir (p. 73-4)

Velasco (1996) refere-se ao brincar da criança indígena como uma atividade diferenciada da atividade lúdica. A brincadeira seria um exercício de preparação para a vida adulta, já que aprendem as atividades de seu cotidiano. Kishimoto (1993) apresenta uma concepção diferenciada sobre o brincar da criança indígena:

Atirar com arco e flecha não é uma brincadeira, é um treino para caça. Imitar animais são comportamentos místicos tanto de adultos como de crianças, reflexos de símbolos totêmicos antigos. Misturados com os adultos, participando de tudo na tribo, pequenos curumins não se distinguem por comportamentos particulares como o brincar. [...] As brincadeiras não pertencem ao reduto infantil. Os adultos também brincam de peteca, de jogo de fio e imitam animais. Não se pode falar em jogos típicos de crianças indígenas. Existem jogos indígenas e o significado de jogo é o distinto de outras culturas nas quais a criança destaca-se do mundo adulto (p. 72)

A grande maioria dos autores concorda que a criança indígena apresenta o comportamento lúdico em suas atividades como, por exemplo, Meliá (2006, p. 31) que relata que “[...] sabe-se que a criança aprende brincando. A originalidade aqui é que o índio, já desde pequeno, brinca de trabalhar. Seu brinquedo é conforme o sexo, o instrumento de trabalho do pai ou da mãe”.

E, ainda assim, são encontrados diferentes brinquedos nas mais diferentes aldeias indígenas do país. De modo geral, os brinquedos das crianças indígenas no Brasil variam de acordo com as matérias-primas encontradas no meio ambiente, sendo mais comuns os brinquedos feitos de palha, porongos, cabaças, sementes, madeira ou barro.

Ocorre atualmente que a criança indígena se interesse por bonecas, carrinhos, bolas de plástico, entre outros, porém seus brinquedos geralmente são miniaturas de objetos do uso cotidiano de cada sociedade e têm como objetivo divertir e educar para o desempenho das tarefas que essas crianças farão quando adultas.

Em relação a essa maneira de brincar, muito frequente no ambiente de crianças indígenas, Costa (2002, p. 113) considera que, a cada situação de jogo tradicional, podem ser associados ritos, cerimônias e costumes, criando um patrimônio simbólico cultural, que mesmo impregnado de normas e características atuais, “enraíza-se nas profundezas do imaginário [...]” e torna-se um “[...] arcabouço estruturante da cultura de uma sociedade, reservatório arquétipo de outros momentos da cultura que interagem com as intimações objetivas da época em que vivem”.

O brinquedo, por ser construído de acordo com imagens introduzidas pela cultura, possui diferentes atributos, assim como as diferentes sociedades possuem diferentes maneiras de ver, tratar e educar suas crianças. O brinquedo, portanto representa imagens dotadas de significados que expressam os traços e valores culturais passados de uma geração para outra.

Assim, na tentativa de se compreender melhor as brincadeiras e a recuperação do sentido lúdico de cada povo, tem de se entender, primeiramente, o modo de vida de tal agrupamento humano, em seu tempo e espaço. Surge daí a imagem que se faz da criança, de seus valores, seus costumes e suas brincadeiras, pois com a cultura é que se constroem analogias que delimitam para cada povo o que é possível designar como jogo (Kishimoto, 1993).

Guedes (2002) relaciona capital cultural de cada grupo étnico com o seu patrimônio lúdico, que se vai desenvolvendo de geração a geração. Histórias, jogos, danças, músicas infantis constituem uma cultura oral, na medida em que se adaptam ao ambiente e região geográfica, às crenças e rituais religiosos, comportamentos, reações e atitudes dos seus praticantes.

Da mesma forma, Papalia e Olds, (2000, p. 221) ressaltam que "Os modos específicos de brincar diferem de cultura para cultura que pode ser influenciada pelos

ambientes que os adultos proporcionam para as crianças, os quais tendem a refletir valores culturais". O modo de brincar reproduz formas de socialização, preconceitos e convenções sociais, preparando a criança para ocupar um lugar na sociedade.

Com todas estas reflexões, pode-se ver que a cultura está muito presente no modo de brincar e na própria ludicidade de um povo. Mas, de uma forma geral, pode-se pensar que a criança índia brinca enquanto aprende, e isso não exclui o sentido de lazer da criança, já que é parte de sua cultura e natural e não imposto mais velhos como o próprio ato de brincar.

Outro aspecto que se torna relevante é o fato de as crianças possuírem brinquedos, devido a um processo de intercâmbio cultural que o índio vem sofrendo há tempos e que acaba por introduzir materiais e comportamentos antes não observados. Mas, quando se diz comportamentos antes não observados, não se refere ao brincar propriamente dito, mas ao comportamento de brincar com objetos prontos e que não faziam parte de seu cotidiano.

Segundo estudos e observações de Schaden (1974), a criança Guarani é notavelmente independente. O Guarani não acredita na conveniência e eficácia de métodos educativos, a não ser a título excepcional ou por via mágica. As crianças Guarani são tratadas como adultos e são mais francas e menos retraídas do que eles, quando em contato com estranhos e por isso são poucos os brinquedos que se reduzem à imitação de atividades dos adultos.

Em relação aos brinquedos infantis Schaden (1974) alerta, porém para o fato de que a aculturação se faz sentir: a criança - talvez atraída pelo ideal que a civilização ocidental representa parte consciente, parte inconscientemente, para o Guarani - começa a interessar-se pelos brinquedos que simbolizam o progresso técnico e o movimento, tal qual a nossa criança da cidade.

A segundo o autor, criança Guarani já coloca o seu próprio espírito inventivo a serviço da satisfação de atividades lúdicas outrora inexistentes na cultura da tribo, atividades que constituem inovação no sentido de representarem não só o simples reflexo do mundo dos adultos, mas elementos da civilização.

Para os Guarani, a alma já nasce com um potencial e qualidades e eles não se preocupam, por essa razão, com o desenvolvimento da natureza psíquica. Schaden (1974) relata que os Nandéva⁴, "não ensinam as rezas às crianças, porque, sendo

individuais, são mandadas diretamente pelas divindades. Desde a mais tenra infância, cada Nandéva participa das cerimônias da família e de toda a comunidade, aprendendo, assim, sem esforço, tudo o que faz parte do patrimônio grupal; ao mesmo tempo, fica aguardando que lhe seja enviada a sua própria reza, que receberá em sonho. O mesmo se dá entre os Mbüa, onde cada qual conhece, à força de ouvi-las sempre, as rezas de todos os companheiros”.

A base da organização social dos Guarani é a família-grande, a criança que cresce nessa família e não aprende a fixar ou focalizar suas emoções ou expectativas de recompensa e punição em poucas ou determinadas pessoas, pois muitos adultos as punem ou recompensam. Schaden (1974) atribui, a essas vivências infantis, a tendência à instabilidade nas relações amorosas e conjugais dos guaranis. “Ele não conhece o amor romântico, borboleta nas relações amorosas e facilmente desmancha o casamento, deixando o filho com a mulher, para unir-se a outra, fatos que, aliás, se agravam com a desorganização social”.

Em nossas visitas a reserva de Caarapó e Dourados notamos que os meninos têm muito interesse no futebol, as crianças geralmente acompanham os adultos nas diferentes atividades, mas não notamos brinquedos semelhantes aos da cidade. As crianças correm e andam pela reserva, tomam banhos na represa, sendo que não existe uma clara separação entre atividades de rotina, muitas vezes auxiliando os pais no trabalho e brincadeiras propriamente ditas.

As atividades artísticas nos permitiram observar seus modelos, representações e capacidade criativa. Conforme foi relatado nas conclusões da pesquisa sobre a construção da identidade infantil Guarani/Kaiowá, constatamos ora um movimento para identidade Guarani/Kaiowá, ora identidade de indivíduo da cidade. Mesmo no último caso, não identificamos rotinas e elementos relevantes da sociedade nacional envolvente. Cabe ressaltar que o espaço na reserva, o contato com a natureza, favorecem atividades, brincadeiras ao ar livre, como ocorre nas comunidades rurais de um modo geral. (na figura 01 percebemos os interesses por aparelhos eletro eletrônicos, motocicleta, máquina fotográfica de um menino Guarani).

Silva et al. (2002) descrevem que, para a criança Guarani-Kaiowá, o dia-a-dia na aldeia se alterna entre tarefas domésticas que apenas observam e outras que realizam sozinhos ou com auxílio de um adulto e que, apesar de serem realizadas de verdade, isso

não impede a presença do componente lúdico, mesmo dissimulada pelas responsabilidades assumidas.

Comentando a respeito dos Guarani-Kaiowá, Lino (2006) afirma que:

Os outros que existem na reserva fazem parte de um contexto social para a criança que desde muito cedo aprende a ser livre, a brincar sem punições por suas iniciativas de curiosidade. Dessa forma, percebe-se que desde o nascimento, a criança é bem-vinda nessa população. A gravidez de uma maneira geral é bem recebida pelas indígenas (p. 28).

Lino (2006) também conclui que é muito rico o relacionamento encontrado nos primeiros vínculos, e este permanece até que a criança não precise mais da mãe. Acrescenta ainda que:

A mãe, ao mesmo tempo, não cerceia seu filho dos simples conhecimentos cotidianos de que toda criança se ocupa, não restringe suas curiosidades cotidianas de exploração do ambiente [...]. Não pune, não restringe sua presença física, não castiga [...] o principal meio de educar uma criança é pelo diálogo [...]. Nota-se que a mãe índia tem papel fundamental, tanto em relação aos primeiros cuidados, quanto em relação à educação, mas por ser uma sociedade em que o homem tem voz. (p. 86-7)

As crianças Kadiwéu, do grupo em estudo, por outro lado, representaram, em todas as suas produções, sua própria cultura, ambiente, relação com a flora, a fauna, sendo que seus signos e significados tem uma grande homogeneidade (figura 02 e 03—desenhos de uma menina Kadiwéu com representação dos desenhos da cerâmica, principal artesanato das mulheres). Desenhos de meninos indicam o interesse por caminhões e mesmo o helicóptero que chegam eventualmente à comunidade (figuras 04, 05, 06).

Ressaltamos aqui a hipótese de que a cor, desenhos e objetos da cerâmica, trabalhos em couro e desenhos corporais, constituírem uma verdadeira marca, ou signo Kadiwéu, acompanhando a construção da identidade deste povo, presente em diferentes formas, não só nos trabalhos infantis, como na decoração da fachada da escola, camisetas dos alunos e mesmo já difundidos por todo estado de Mato Grosso do Sul, não só os desenhos e pinturas, como também os nomes Kadiwéu e Guaicuru (foto 01).

Quanto aos Terena, Cabrera (2006) informa que as brincadeiras relatadas pelas famílias selecionadas para sua pesquisa apresentaram um brincar semelhante entre a

infância dos pais e a dos filhos, embora a própria família observe algumas diferenças com a troca de bonecas de pano que as mães faziam por bonecas de plástico, mas elas ainda preferem ficar correndo e subindo em árvores junto de outras crianças. Gostam de brincar no rio, alguns de carpir o quintal, com o pai ou avô.

O acesso à televisão em casa, já que no passado havia apenas uma televisão na aldeia e as pessoas se reuniam para assistir aos programas, mudou os hábitos. Cabrera (2006) comenta sobre o brincar com o que o meio oferecia, principalmente no rio, onde pescavam, nadavam, além de jogar bolita, futebol e cinco marias (turito), jogar futebol com outras meninas, brincar de boneca nos galhos das árvores, esconde-esconde, etc..

Finalmente relatou atividade como jogar videogame na própria casa ou em fliperamas em Sidrolândia, brincar de carrinho, jogar bola e subir nas árvores para apanhar manga, brincar com peões feitos de tampas de plásticos de remédios e detergentes. Sobre sua própria infância, falou que, aos nove anos, já ajudava sua mãe nos afazeres domésticos, pois suas irmãs mais velhas já eram casadas. As crianças Terena desenham prédios e casas da cidade (figuras 07 e 08).

Conclusões

Em nossas visitas às diferentes comunidades notamos que os meninos têm muito interesse no futebol, as crianças geralmente acompanham os adultos nas diferentes atividades, mas não notamos brinquedos semelhantes aos da cidade. As crianças correm e andam pela reserva, tomam banhos na represa, sendo que não existe uma clara separação entre atividades de rotina, muitas vezes auxiliando os pais no trabalho e brincadeiras propriamente ditas. Cabe ressaltar que o espaço na reserva, o contato com a natureza, favorecem atividades, brincadeiras ao ar livre, como ocorre nas comunidades rurais de um modo geral.

As atividades artísticas nos permitiram analisar seus modelos, representações e capacidade criativa. Conforme foi relatado nas conclusões da pesquisa sobre a construção da identidade infantil Guarani/Kaiowá, constatamos ora um movimento para identidade Guarani/Kaiowá, ora identidade de indivíduo da cidade.

As crianças Kadiwéu, do grupo em estudo, por outro lado, revelaram forte influência das cerâmicas. Os meninos revelaram interesse pelo contato com não índios que chegam à comunidade principalmente em pequenos aviões ou helicópteros, em caminhões, sempre enfrentando as dificuldades e acesso à aldeia Alves de Barros.

Os Terena mostraram uma semelhança maior com as produções e expressões das crianças não índias, confirmando as mudanças que vem ocorrendo na cultura e confirmando a grande influência e aproximação do grupo com a sociedade nacional.

Observando as informações apresentadas sobre o brincar das gerações, pode-se perceber que todas essas transformações são impulsionadas, principalmente, pelo intercâmbio cultural vivenciado por essa comunidade. Dessa forma, tem-se que a maioria dos brinquedos, antes fabricados com material disponível no meio, é agora de plástico e comprado na cidade. Também o acesso facilitado à televisão e a outros eletrônicos alterou a rotina de crianças e adultos dessa população pesquisada.

Em relação ao brincar, dois aspectos ficaram mais evidentes: as diferenças e semelhanças no brincar das crianças e de seus pais, entre os três grupos estudados, o brincar como trabalho infantil.

Referências

- Brougère, G. (1997). *Brinquedo e cultura* (2 ed.). São Paulo: Ed. Cortez.
- Cabrera, D. S. P. (2006). *Cotidiano das Famílias Terena: Um Estudo Exploratório*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Dom Bosco.
- Costa, V. L. M. (2002). O jogo e o imaginário social. In: Guedes, G.; Vargas, A.; Barros, J. Aragão, S. *Desenvolvimento infantil. Sociedade Internacional para Estudos da Criança*, Lisboa, p. 105-114 – Anual.
- Darraut-Harris, I., & Grubits, S. (2001). *Psicossemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Campo Grande: Universidade Católica dom Bosco.
- Guedes, M. G. S. (2002). O jogo e a criança. In: Guedes, G.; Vargas, A.; Barros, J. Aragão, S. *Desenvolvimento infantil. Sociedade Internacional para Estudos da Criança*: Lisboa, p. 37–65 – Anual.
- Kishimoto, T. M. (1993). *Jogos infantis: o jogo, a criança e a educação* (6 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Kishimoto, T. M. (org.). (1998). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira.
- Lino, A. R. S. (2006). *A influência das relações familiares no ajustamento escolar da criança Kaiowá*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Dom Bosco.
- Meliá, B. (1979). *Educação indígena e alfabetização*. São Paulo: Loyola.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano* (7 ed.). Porto Alegre: Artmed,

- Shaden, E. (1974). *Aspectos fundamentais da cultura Guarani*. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo.
- Silva, A. L.; Macedo, A. V. L. S.; Nunes, A. (org.). (2002). *Crianças indígenas: ensaios antropológicos*. São Paulo: Global.
- Silva, M. P. C. (2004). *Linguagem das emoções: as relações de afetividade nos índios Kadiwéu*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Velasco, C. G. (1996). *Brincar o despertar psicomotor*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo* (6 ed.). Rio de Janeiro; Editora Guanabara Koogan S.A.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Avaliação da Coparentalidade por meio da técnica projetiva do Desenho da Família

Keila Tamarindo

Fábio Donini Conti

Universidade Cruzeiro do Sul

Resumo: De acordo com as mudanças ocorridas na sociedade nestes últimos anos, bem como as transformações que têm afetado, direta e indiretamente a instituição família, o interesse em estudar o conceito de Coparentalidade tornou-se crescente. Nesse sentido, a Coparentalidade é definida, na literatura, como sendo a união de duas pessoas que compartilham os cuidados e responsabilidade para com uma criança e/ou adolescente. Partindo dessa premissa, o presente estudo teve por objetivo avaliar o nível da relação coparental a qual crianças e adolescentes estão submetidas diariamente, por meio da técnica projetiva do Desenho da Família. A amostra foi composta por 30 participantes, sendo esses pais e mães de crianças e adolescentes com idades entre 4 e 17 anos. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos; o Desenho da Família (DF) e a Escala de Relação Coparental (CRS). Após a coleta de dados foi realizada uma análise interpretativa dos desenhos, estabelecendo-se dois critérios de avaliação, um sendo satisfatório observado nas produções cujo aspecto gráfico e de conteúdo não revelaram presença de psicopatologia, de acordo com o que se encontra na literatura, e outro Insatisfatório, que indica o nível de relação coparental patológico, ou seja, as relações que apresentaram maior incidência de conflitos, de acordo com os critérios que indicam desequilíbrio e conflitos, também descritos pela literatura. Os resultados obtidos na Escala de Relação Coparental foram analisados com base nos dois critérios supracitados, mas considerando-se os dados específicos da própria escala. Posteriormente foi realizado o tratamento estatístico por meio da correlação de Pearson, que indicou correlação positiva moderada entre os instrumentos. O estudo concluiu que a técnica projetiva é eficaz na avaliação da Coparentalidade, por ser capaz de capturar aspectos relevantes e inconscientes dos participantes, no que diz respeito à dinâmica vivenciada na tríade familiar. Entretanto, ressalta-se que existe certa carência de instrumentos, cujo objetivo é avaliar a coparentalidade, adaptados para a população Brasileira. Com base na importância da qualidade do fenômeno, conclui-se que o construto necessita de futuras investigações.

Palavras-chave: Coparentalidade, técnica projetiva, Desenho da Família.

Introdução

Considerando as múltiplas mudanças ocorridas nas últimas décadas, bem como a influência destas na sociedade como um todo e, também na dinâmica familiar, o interesse por investigar as relações familiares, têm sido crescente. Buscando compreender as diversas dinâmicas familiares existentes nesta sociedade, vivenciada em diferentes configurações familiares, o presente estudo se propôs a abordar a avaliação da Coparentalidade por meio da técnica projetiva.

A coparentalidade é considerada como um conceito de ampliação que não se limita apenas a compreender a díade mãe-filho, ou pai-filho, mas que se expande para a compreensão da dinâmica familiar, com enfoque na tríade mãe, pai e filho. Entretanto, o conceito de coparentalidade ainda não tem um consenso acerca de seu surgimento na literatura. Para Frizzo (2005) o conceito de coparentalidade foi empregue pela primeira vez por Galper em 1978, sendo definido como a extensão na qual pai e mãe divide a liderança e se apoiam em seus papéis parentais. Porém, Mullett considera que o conceito surgiu e foi consistentemente utilizado na Psicologia, por Rosenthal e Hansen

em 1980 (Lamela, Costa & Figueiredo, 2010). Contudo, no presente estudo não foram abordadas questões referentes a patente de autoria, mas sim, a importância da coparentalidade enquanto construto psicológico.

Feinberg (2003) definiu coparentalidade como sendo uma relação de envolvimento conjunto e recíproco de ambos os pais, no que se refere à responsabilidade e a prestação de cuidados para com a criança, incluindo educação, formação e decisões sobre a vida de seus filhos. Sendo assim uma relação coparental se estabelece quando dois adultos assumem, por vontade própria, a responsabilidade conjunta por zelar pelo bem-estar de uma criança. O conceito de coparentalidade difere de parentalidade e de relacionamento conjugal. De acordo com Minuchin e Fishman (1990), o sistema familiar diferencia e realiza funções por meio de subsistemas. O subsistema parental é caracterizado pela relação individual que cada um dos pais mantém com a criança. O subsistema conjugal é formado pela união de dois adultos, que tem como propósito formar uma família, e tem como tarefa o desenvolvimento de limites que protege os cônjuges, proporcionando satisfação de suas necessidades, e oferecendo apoio aos parceiros para lidar com o mundo extrafamiliar. Segundo Lamela (2010) a coparentalidade é conceitualmente associada ao subsistema executivo do sistema familiar, formado normalmente pelos pais, e tendo como uma das funções a tomada de decisões acerca da educação de seus filhos. Sendo assim a coparentalidade é, portanto, um subsistema autônomo dos subsistemas conjugal e parental (Minuchin, 1974 *apud* Lamela, Figueiredo & Bastos, 2011).

Inicialmente os estudos acerca do conceito coparentalidade foram direcionados para famílias divorciadas, por assim acreditar que estas tinham maiores necessidades. Foi apenas na década de 90 que Belsky e colaboradores, iniciariam os primeiros estudos em famílias intactas, por entenderem que apesar de os membros do sistema familiar estarem unidos num mesmo lar, a necessidade de intervenção na dinâmica familiar poderia também estar presente nesta configuração (Margolin, Gordis & John, 2001).

Em sua pesquisa Frizzo, Kreutz, Schmidt, et.al (2005) apontaram a importância do conceito coparentalidade para a pesquisa clínica. Os autores consideram que o conceito amplia a compreensão acerca das interações familiares. Estudos mais tradicionais direcionavam o foco de investigação para uma relação diádica, normalmente, mãe-criança. Tendo em vista que o papel do pai está cada vez mais valorizado na sociedade, a coparentalidade amplia o foco de investigação incluindo o pai como parte ativa na dinâmica familiar e busca compreender quais são as influências

da relação coparental no desenvolvimento humano, tanto para fins teóricos como para o processo de intervenção. Partindo desta concepção, o estudo a respeito da coparentalidade traz grandes contribuições ao campo teórico e a prática clínica, pois o conceito envolve outros que já vem sendo estudados há mais tempo e com maior frequência, como, por exemplo, a maternidade, a paternidade, a parentalidade, o envolvimento paterno e o relacionamento conjugal. Entretanto, no Brasil existe certa carência de instrumentos adaptados para a população Brasileira que avaliam a Coparentalidade. Diante disso, o presente estudo se propôs a avaliar a Coparentalidade por meio da técnica projetiva, com o objetivo de verificar a eficácia desta ferramenta, no que se refere à investigação da dinâmica familiar.

A técnica projetiva do Desenho da Família

Segundo Van Kolck (1984) a técnica projetiva tem como objetivo revelar, por meio da expressão gráfica, a partir de estímulo pouco estruturado e não estruturado, traços da personalidade e aspectos inconscientes que são pertinentes ao indivíduo, buscando conhecer e compreender o funcionamento egóico da personalidade do sujeito. Por meio da produção gráfica o indivíduo projeta suas angústias, anseios, desejos e necessidades, revelando assim, aspectos importantes de sua individualidade.

O Desenho da Família é um instrumento utilizado na Avaliação Psicológica para identificação de conflitos familiares, de atitudes e sentimentos do sujeito face à sua família. Tais indicações proporcionam informações úteis para a compreensão da dinâmica da família. (Cardoso & Capitão, 2006). Na literatura não se encontra, ao certo, uma concordância referente à autoria do Desenho da Família. Cunha (2000) ressalta que ao longo do século passado, foram realizados diversos estudos com objetivo de validar o teste do Desenho da Família, porém, apenas nas décadas de 60 e 70, com o desenvolvimento da terapia familiar, foi que a técnica ganhou maior popularidade. Ainda de acordo com a autora supracitada, alguns estudos se destacam por introduzir novas formas de administração, como, por exemplo, o estudo de Corman (2003) a qual solicitava à criança que desenhasse uma família tal como estava em sua imaginação. Nessa nova administração, a ênfase passou a ser direcionada para a interpretação, com base na teoria Psicanalítica, dos conteúdos, e não na análise do nível gráfico da produção.

Para Corman (2003) o inconsciente é um domínio que Psicanálise investigou para compreender as profundezas obscuras da alma. No Desenho da Família, o sujeito

ao produzir a configuração familiar na qual está inserido ou aquela da qual, inconscientemente, gostaria de ser um membro pertencente, demonstra a percepção e representação que possui de sua própria imagem corporal, bem como de sua família, no que se refere ao contexto de identificação com os componentes do núcleo familiar. Nesse sentido, Corman (2003) afirma que o inconsciente se revela de duas formas, na valorização e na desvalorização dos personagens que compõem a produção gráfica. Portanto, o personagem que possui representação de valorização é frequentemente desenhado primeiro, pois é a esse personagem que são atribuídos maior intensidade de sentimentos e de atenção. Já o personagem que sofre a desvalorização, é desenhado em último lugar, comumente à margem da folha.

De acordo com Cunha (2000), autores como Di Leo e Groth Marnat confirmam que a produção do desenho, realizada na composição de desenho da família, possui influência de conteúdos considerados afetivos. Entretanto, na produção em que consta apenas a figura humana, isolada do contexto familiar, os conteúdos apresentados possuem caráter de cunho intelectual. Sendo assim, os conteúdos produzidos são oriundos de processos psíquicos inconsistentes, que somados às representações adquiridas por meio de experiências vividas, considerando a cognição e a emotividade do sujeito, a apresentação de sua identidade, ou seja, a percepção de si próprio no mundo como um ser que vive em interação com o meio, torna-se emergente.

Corman (2003) descreve o instrumento como sendo um teste de fácil aplicação, rápido e eficaz, podendo ser aplicado em crianças acima de 5 ou 6 anos, adolescentes e adultos. De acordo com Hammer (1991) o desenho da família, quando produzido por adultos, é considerado como importante ferramenta para se investigar tanto o afastamento da interação familiar como as tendências regressivas. Além disso, a técnica possibilita a detecção que o adulto faz de suas projeções, sentimentos e relações infantis com sua família.

Para a aplicação é necessária uma mesa ajustada de acordo com as necessidades do sujeito (se criança, adolescente ou adulto), uma folha de papel branco e um lápis preto bem apontado. Quanto à instrução, deve ser a seguinte: “Desenhe uma família” ou “Imagine uma família de sua invenção e desenhe-a”. Em casos em que o sujeito não entendeu a instrução pode-se instruir da seguinte maneira: “Desenhe tudo que desejar: as pessoas de uma família e, se você quiser objetos, animais”.

O teste do Desenho da Família, dada a sua importância como técnica que possibilita o acesso a informações relevantes e significativas que não são acessadas por

meio da palavra, é considerado um instrumento auxiliar no processo de diagnóstico, e fundamental para a compreensão da dinâmica no processo de investigação da dinâmica familiar (Cunha, 2000).

Método

Amostra

Participaram do presente estudo um total de 30 sujeitos. A amostra foi composta por 27 mulheres e três homens, sendo estes pais e mães de crianças e adolescentes com idades entre quatro e 17 anos. A escolha em relação ao número da amostra justifica-se por ser considerado suficiente e estatisticamente aceito em estudos estatísticos (Dancey & Reidy, 2006).

Instrumentos

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos; a Escala de Relação Coparental (*Coparenting Relationship Scale* - CRS) e a técnica projetiva do Desenho da Família (DF).

Por meio da CRS objetivou-se avaliar o nível da relação coparental exercida na tríade familiar, ou seja, identificar pontos negativos e positivos da coparentalidade. Com base no DF buscou-se compreender o desenvolvimento da dinâmica familiar, considerando os conteúdos inconscientes apresentados na produção gráfica.

O primeiro instrumento a ser aplicado nos participantes foi a CRS, onde lhes foi solicitado que respondessem as perguntas com base na relação que mantém com seu/sua parceiro (a) coparental. Posteriormente foi pedido ao participante que realizasse o desenho de uma família, poderia ser sua própria família, ou uma família que estivesse em sua imaginação.

Procedimentos

O projeto foi apresentado a cinco escolas de ensino regular, sendo que, dessas, três eram de escolas da rede pública de ensino e duas privadas, com objetivo de obter autorização para convidar os pais à participarem do estudo e para realizar a coleta de dados na instituição de ensino. A equipe diretiva de cada uma das escolas deferiu ambas as solicitações aos pesquisadores.

De posse da permissão, o contato com os pais foi realizado inicialmente por meio de convite enviado através da agenda do aluno, porém essa abordagem não obteve

sucesso, decidiu-se então que os pesquisadores, em concordância com a equipe diretiva da escola, iriam convidar os pais pessoalmente no dia da reunião de pais e mestres. Nos dias e horários definidos com a direção, os pesquisadores comparecem à escola, explicaram a importância do estudo aos pais e os convidaram a participar. No mesmo dia foi realizada a coleta de dados com os pais que aceitaram participar. Foram convidados cerca de 250 pais, porém a grande maioria relatou não dispor de tempo útil para contribuir com sua participação na pesquisa, ou ainda não ter interesse.

Após a coleta de dados foi realizada uma análise interpretativa dos desenhos, sendo essa avaliada por dois avaliadores da área da Avaliação Psicológica, e estabelecendo-se dois critérios de avaliação, um sendo satisfatório e outro Insatisfatório. Os resultados obtidos na Escala de Relação Coparental foram analisados com base nos dois critérios supracitados, mas considerando-se os dados específicos da própria escala. Posteriormente foi realizado o tratamento estatístico através do programa computadorizado IBM-SPSS 20ª edição (*Statistical Package for the Social Sciences*), por meio da Correlação de Pearson, entre os instrumentos foi obtido o resultado de correlação positiva moderada.

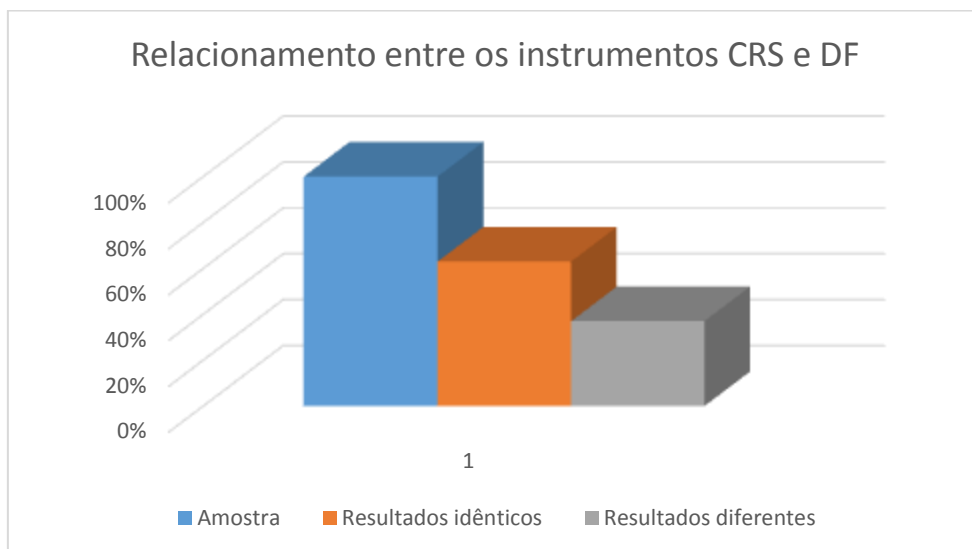
Resultados e Discussão

Tabela 1 - Correlação de *Pearson* entre os instrumentos Escala de Relação Coparental (CRS) e Desenho da Família (DF).

Instrumentos	Participantes (n)	Nível de Significância	Correlação (r)
CRS/DF	30	0,001	0,577

Por meio da Correlação de Pearson observou-se o resultado de 0,577 com nível de significância de 0,01 que indica correlação moderada e positiva entre os instrumentos (Tabela 1). Tal fato revela que os participantes apresentaram um nível de Coparentalidade Insatisfatório na Escala de Relação Coparental, com pontuações inferiores a 75 pontos no escore total da escala, também indicam por meio da produção gráfica, um exercício de coparentalidade igualmente insatisfatório, apresentando indícios psicopatológicos. Corroborando com o resultado de correlação positiva entre os instrumentos, os participantes que alcançaram pontuações mais elevadas, com escore superior a 98 pontos, demonstraram em seus desenhos ausência de conflitos significativos e, portanto, ausência de psicopatologia na dinâmica familiar,

evidenciando assim, um nível de coparentalidade satisfatório em ambos os instrumentos. Guilford (1950), por sua vez, considera satisfatórios os resultados que apresentaram correlações significantes, independente destas serem fortes ou moderadas. Nesse sentido, o valor apresentado no presente estudo seria, para o referido autor, indicativo de que os instrumentos apontaram para a mesma investigação, isto é, a representação gráfica no DF se mostrou condizente com a pontuação obtida na CRS.



Tamarindo & Conti, 2016

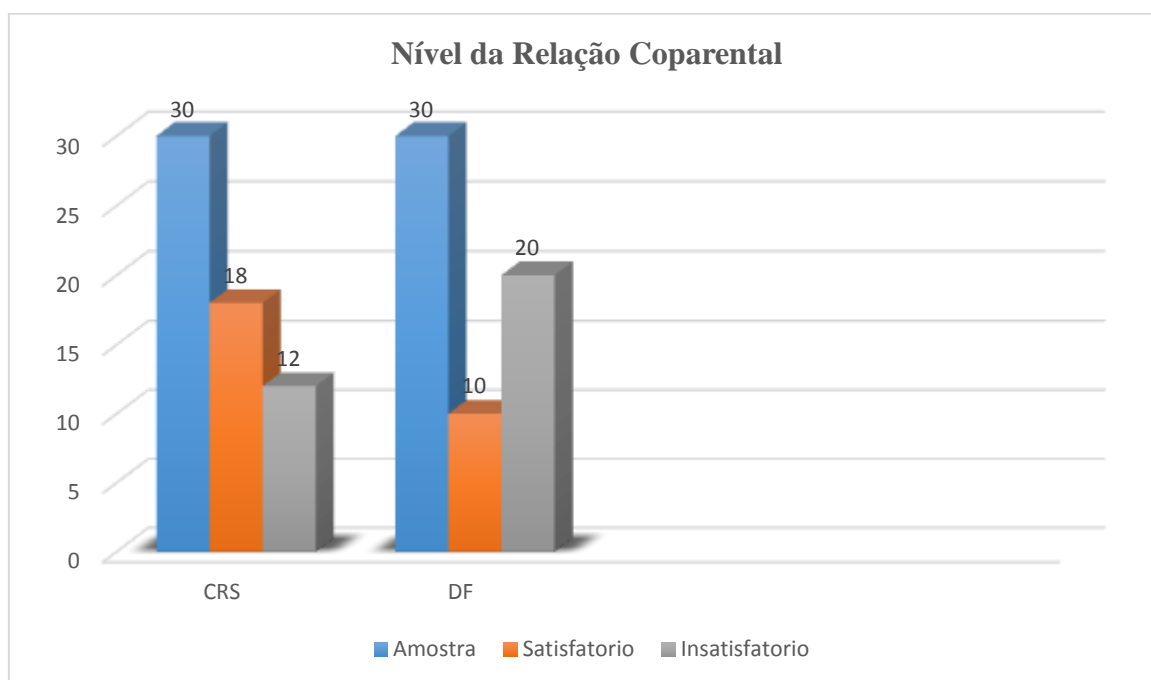
O gráfico acima apresenta o relacionamento entre os instrumentos, demonstrando que dos 30 casos estudados, os instrumentos indicaram os mesmos resultados em 66% deles, discordando levemente em apenas 37% o que vem a explicar o resultado estatístico de correlação positiva moderada.

O nível da relação coparental foi avaliado caso a caso com base nos dois critérios supracitados (Tabela 2).

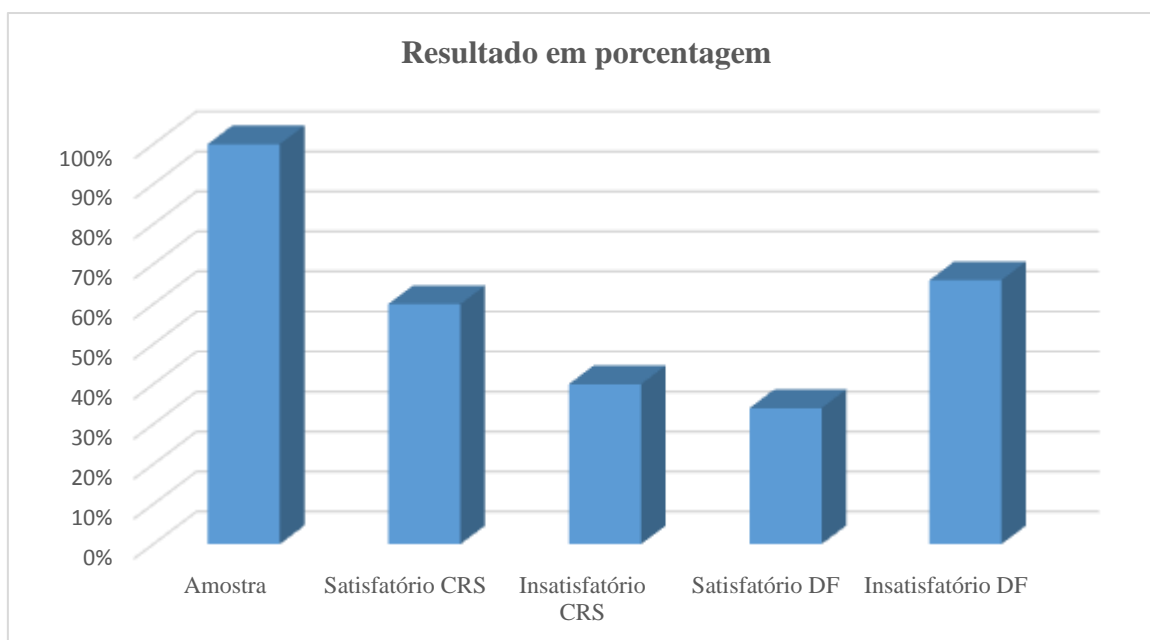
Tabela 2. Critérios dos instrumentos caso por caso.

Participantes	Critérios CRS	Critérios DF
1	Satisfatório	Insatisfatório
2	Insatisfatório	Insatisfatório
3	Satisfatório	Insatisfatório
4	Satisfatório	Insatisfatório
5	Satisfatório	Insatisfatório
6	Insatisfatório	Insatisfatório
7	Satisfatório	Satisfatório
8	Insatisfatório	Insatisfatório

9	Insatisfatório	Insatisfatório
10	Satisfatório	Satisfatório
11	Satisfatório	Insatisfatório
12	Satisfatório	Satisfatório
13	Satisfatório	Insatisfatório
14	Insatisfatório	Insatisfatório
15	Satisfatório	Satisfatório
16	Satisfatório	Insatisfatório
17	Satisfatório	Satisfatório
18	Satisfatório	Satisfatório
19	Satisfatório	Satisfatório
20	Insatisfatório	Insatisfatório
21	Satisfatório	Insatisfatório
22	Insatisfatório	Insatisfatório
23	Insatisfatório	Insatisfatório
24	Insatisfatório	Insatisfatório
25	Insatisfatório	Insatisfatório
26	Insatisfatório	Insatisfatório
27	Satisfatório	Satisfatório
28	Satisfatório	Satisfatório
29	Satisfatório	Satisfatório
30	Insatisfatório	Insatisfatório
Total: 30		Total Satisfatório: 10
Total Insatisfatório: 12		Total Insatisfatório: 20



Tamarindo & Conti, 2016



Tamarindo & Conti, 2016

Com base nos gráficos acima, observou-se que 60% dos participantes atingiram na Escala de Relação Coparental nível de coparentalidade satisfatória, e 40% apresentaram uma dinâmica coparental negativa, ou seja, insatisfatória. Por meio do Desenho da Família, concluiu-se que 34% dos participantes projetaram através da produção gráfica sua relação coparental vivenciada de maneira saudável, ou seja, satisfatória. Entretanto 66% dos sujeitos revelaram por meio da técnica projetiva uma relação coparental com indícios de conflitos significativos, evidenciando assim, uma relação patológica na tríade familiar, sendo considerada insatisfatória.

O nível de relação coparental é fundamental para a investigação da dinâmica familiar. Ao identificar pontos negativos e por consequência uma relação coparental insatisfatória, Feinberg (2003) alerta para a vivência de conflitos angustiantes no núcleo familiar, onde muitas vezes a criança está exposta a brigas e discussões, podendo presenciar episódios em que um dos progenitores critica e culpabiliza o outro, fazendo uso de abordagem competitiva e deixando a criança em segundo plano. Questões em relação à ajuda na divisão do trabalho e no compartilhamento das responsabilidades, referentes a educação, saúde e alimentação, são provedoras de conflitos quando os pais não concordam com a opinião um do outro. Ainda de acordo o autor supracitado, tais desacordos podem comprometer o desenvolvimento da criança e esse comprometimento pode persistir na fase da adolescência e perdurar ao longo da vida do sujeito. Portanto, para que a relação coparental seja satisfatória, é necessário iniciativa e empenho.

Entretanto o estresse extrafamiliar pode afetar negativamente a capacidade de colaboração e apoio mútuo. Sendo assim, o autor enfatiza a necessidade de ter um suporte social como protetor da qualidade coparental, que pode servir de base de apoio para o desempenho das tarefas. Nesse sentido, quanto maior for o apoio recebido das redes sociais primárias (amigos e familiares), secundárias (creches e escolas) e terciárias (apoio social do Estado), mais facilmente os pais podem exercer seus papéis na relação coparental, buscando empenhar-se no desenvolvimento de seu filho.

Para Lamela (2010) a família é a principal rede relacional do indivíduo, e, portanto, sua dinâmica estrutural e processual influencia diretamente no desenvolvimento e ajustamento psicológico dos membros que a compõem. Nessa perspectiva, o autor afirma que as relações familiares contribuem para o resultado do desenvolvimento da criança. Sendo assim, é fundamental que a qualidade da relação coparental seja satisfatória, para quem venha a contribuir de maneira positiva no desenvolvimento da tríade familiar.

Conclusão

Compreendendo a amplitude do conceito de coparentalidade, que deixa de focar apenas na díade para abranger a tríade do funcionamento familiar, e levando em consideração que a qualidade da relação coparental está, de fato, intimamente ligada ao desenvolvimento da criança, estudos nessa área do conhecimento são considerados como de maior relevância. Estudar a coparentalidade significa um avanço tanto para a prática clínica, como para a produção científica teórica. Diante das mudanças ocorridas na sociedade, e das diversas configurações familiares que estão presentes na atualidade, as relações familiares carecem de intervenções mais pontuais no sentido de buscar a compreensão da dinâmica familiar, para favorecer os pontos positivos e excluir os negativos, focando na busca de uma qualidade satisfatória para a relação coparental. Tendo em vista que existe certa carência de instrumentos que auxiliem nesse processo de investigação, conclui-se que justamente pelo fato da dinâmica familiar ser provedora de emoções e dos mais diversos afetos, considerando o desenho como forma de linguagem, a técnica projetiva possibilita ao sujeito um momento de liberdade para expressar conteúdos de ordem inconscientes que estão latentes em seu psiquismo e, com isso, trazer à tona informações valiosas para a compreensão do exercício da coparentalidade. Nesse sentido, a técnica projetiva do Desenho da Família mostrou-se eficaz, por ser um instrumento capaz de revelar aspectos inconscientes e relevantes da

dinâmica familiar. Entretanto, considerando a importância da qualidade do fenômeno, conclui-se que o construto necessita de futuras investigações.

Referências

- Cardoso, M. L. & Capitão, G. C. (2006). Estudo correlacional entre o Teste de Pfister e o Desenho da Figura Humana. *Psico-USF*, 11(2), 157-166.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnostico V*. 5º ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed
- Corman, L. (2003). *O teste do Desenho de Família*. Tradução: Adriana Pessolato Cassani. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Dancey, C. P.; Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia*. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed
- Feinberg, M. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(3): 95-131.
- Frizzo, G. B., Kreutz, C. M., Schmidt, C., Piccinini A. C., & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 15(3): 84-94.
- Guilford, J.P. (1950). *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações clinicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lamela, D., Costa, R. N., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais; revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 15(1), 205-216.
- Lamela, D., Figueiredo, B., & Bastos, A. (2011). Perfis de vinculação, coparentalidade e ajustamento familiar em pais recém-divorciados: diferenças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 19-28.
- Margolin G., Gordis E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3-21
- Minuchin, S. & Fishman, C. (1990). *Técnicas de terapia familiar* (C. Kinsch & M. E. F. R. Maia, trad.). Porto Alegre; Artes Médicas.

Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.

Desenho da Pessoa na Chuva em adolescentes gestantes: Estudo compreensivo

Loraine Seixas Ferreira

Faculdades Metropolitanas Unidas

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo

Resumo: A adolescência é uma etapa do desenvolvimento com grandes e importantes mudanças e fundamental no processo da construção da identidade, a qual se relaciona, entre outros fatores, à sexualidade. O presente trabalho discute a sexualidade do adolescente e os diversos aspectos relativos à gestação na adolescência (sociais, emocionais e a saúde física da mãe e da criança). O estudo visou apresentar dados que favoreçam a compreensão dos aspectos psicológicos e relações das adolescentes gestantes mediante uso do teste Desenho da Pessoa na Chuva, além de contribuir para a validação da técnica gráfica empregada. O trabalho seguiu o método quantitativo, com 86 adolescentes do sexo feminino divididas em Grupo Clínico, composto 44 adolescentes gestantes (atendidas em hospital público) e Grupo Controle, com 42 adolescentes não grávidas, provenientes de escolas públicas. Foi aplicada nas participantes, de forma individual, a técnica projetiva gráfica: Desenho da Pessoa na Chuva. Os dados obtidos foram trabalhados estatisticamente, permitindo observar diferenças entre os grupos. Os resultados demonstraram maior ansiedade, medo, insegurança e imaturidade nas adolescentes do Grupo Clínico e, com relação à gravidez, pode-se notar que esta é vivida como uma situação de pressão, estresse e agonia pela adolescente e confirmou a presença de conflitos e o despreparo da jovem e da família frente à gravidez precoce, produzindo efeitos na personalidade da adolescente, tais como: fixação em estágios primitivos, sentimentos de inadequação, comportamento mais impulsivo e poucos recursos internos. As conclusões do estudo demonstraram a necessidade do amparo e acolhimento às adolescentes gestantes, de modo a favorecer a continuidade de seu desenvolvimento e a capacidade dos cuidados com o filho e apontam para que sejam realizadas mais pesquisas sobre aspectos psicológicos e emocionais dessas jovens mães e de serem desenvolvidos programas de prevenção e de intervenção junto a essas adolescentes e suas famílias.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; técnicas projetivas; teste da Pessoa na Chuva; avaliação psicológica; validade do teste.

Introdução

A Introdução aborda de forma sintética os temas enfocados nesse trabalho: adolescência, gravidez nesse período da vida; e as técnicas projetivas, em especial as gráficas.

Adolescência e gravidez

A adolescência é uma etapa importante no desenvolvimento do indivíduo, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento fisiológico (crescimento físico, desenvolvimento da musculatura e força, e amadurecimento sexual), como também no que se refere ao desenvolvimento psíquico, por exemplo, na formação da identidade (Erikson, 1972). Para Erikson (idem), a adolescência é tão importante para a formação da identidade que o conflito dessa fase denomina-se *identidade x confusão de papéis*. Nessa fase, o adolescente busca conquistar sua identidade psicossocial, sua singularidade e seu papel no mundo, o que é feito através da experimentação de diversos papéis e, à medida que vai resolvendo as questões relacionadas a essa

experimentação, é possibilitado ao adolescente desenvolver seu sentimento de identidade.

A identidade começa com a própria vida do sujeito, mas a identidade sexual (que irá ser apresentada na adolescência) exige a livre experimentação e a entrada no mundo social do adulto, é o que vai decidindo a personalidade (Aberastury, 1983). A busca da identidade pode levar o jovem a se identificar com figuras negativas ou a iniciar a vida sexual precocemente, o que será visto como uma possibilidade real de existir e de adquirir essa identidade sexual e, assim, a entrada no mundo adulto e a formação da identidade adulta.

Knobel (1981) e Aberastury (1983), em colocações de mais de trinta anos, mas que se mostram atuais, descreveram as características do adolescente, denominada pelos autores de “síndrome de adolescência normal”. Entre essas características se pode destacar a onipotência do adolescente, observada em sintomas que se manifestam na negação e na minimização de riscos (por exemplo, acha que não vai engravidar, ou que droga não vicia). Outra característica importante é a falta de localização temporal, relacionada ao imediatismo dos adolescentes, e a consideração de que o passado não existe e o futuro é agora (Dolto, 1988/90; Tardivo, 2007).

Ainda nessas colocações que se mostram atuais, pode-se ver em Aberastury (1983) a colocação de que o desenvolvimento da adolescência é um processo lento, havendo uma luta entre as necessidades de independência e, ao mesmo tempo, uma nostalgia de reafirmação e dependência. A autora também apontou três tipos de lutos fundamentais que precisam ser enfrentados pelo adolescente: o luto pelo corpo infantil; luto pelo papel infantil; e o luto pelos pais da infância (Aberastury &Knobel, 1981; Aberastury, 1983). Para Knobel (1981), a elaboração desses três lutos irá permitir ao adolescente “colocar seu corpo, papel e seus pais infantis no passado, aceitar a passagem do tempo e, dessa maneira, adquirir o conceito da morte como um processo natural e irreversível do desenvolvimento” (p.119).

Winnicott (1971/1975) afirma categoricamente que o adolescente é imaturo e o autor vê essa imaturidade como essencial para a saúde na adolescência e uma parte preciosa dessa fase. O autor ressalta que a “cura” para a adolescência é o amadurecimento e que só a passagem do tempo e o crescimento irão dar conta dessa imaturidade, resultando no surgimento da pessoa adulta. Entretanto, esse processo não pode ser acelerado, apesar de conseguir ser interrompido e destruído (Winnicott, 1987/2002), como pode acontecer com a gravidez precoce. Nesse sentido, Deutsch

(1967/1983) afirma que a gravidez precoce não irá contribuir para o desenvolvimento da maternidade, como alguns pensam, mas poderá provocar um efeito inibidor ainda maior nesse sentido.

A gravidez precoce na adolescência, que vem ocorrendo em grande número de casos, configura-se em situação que precisa ser considerada pelas consequências sociais, emocionais e à saúde física da jovem mãe e da criança. Conforme dados da ONU (2013), em todo o mundo, cerca de 7,3 milhões de adolescentes são mães a cada ano; dessas, dois milhões são menores de 15 anos. No Brasil em 2007 os números foram preocupantes; o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2012a) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) demonstraram que 21,3% de nascimentos daquele ano foram relacionados à gravidez na adolescência, com idades entre 10 e 19 anos. Por outro lado, foi observada uma tendência da redução dessas porcentagens, o que poderia ser uma consequência das campanhas sobre o uso de métodos contraceptivos (Brasil, 2012a).

Outra consequência importante diz respeito à observação que a gravidez nessa fase pode dificultar ou até mesmo interromper a conclusão escolar. O estudo de Novellino (2011) demonstra que as adolescentes das classes econômicas mais baixas são as mais afetadas quanto à escolarização e, no geral, o nível de escolaridade das mães adolescentes é menor se comparado com o daquelas que não possuem filhos. Dados do IBGE (Brasil, 2011) mostram que 88,1% das jovens entre 15 e 16 anos que não tinham filhos frequentavam a escola, enquanto, entre as que tinham filho(s), apenas 28,5% estudavam.

Com respeito à saúde, a gestação precoce é considerada de risco, podendo ocorrer hemorragias, trabalho de parto prolongado, complicações a longo prazo, prematuridade, lesões durante o parto, além de morte perinatal e baixo peso ao nascer (Barbón Pérez, 2011). No Brasil, do número total de mortalidade materna em 2013, dos 64.515 óbitos, quase 10%, foram de mães entre 10 e 19 anos (Brasil, 2013). Já do ponto de vista psicossocial, Barbón Pérez (idem), menciona as consequências como abandono dos estudos, descompasso na integração psicossocial e pouco preparo para o desenvolvimento de uma relação satisfatória com o bebê, ocasionado pelo fim abrupto da infância.

Moreira et al. (2008) apontam que as adolescentes têm medo de contar sobre a gravidez para a família e companheiro, pois ficam com medo da reação dos pais, de não serem apoiadas por eles e de serem abandonadas pelo namorado, gerando insegurança,

medo e angústia diante da gravidez. Nas colocações de Winnicott (1968/1996), observa-se a importância do pai no cuidado com o bebê, pois a confiança que a mãe tem em seu companheiro e o apoio que recebe, o qual também pode vir da sociedade, facilitam no cuidado com a criança e também ajudam a mãe a ir deixando o estado de preocupação materna primária, para voltar assumir seu papel de mulher.

Pode-se observar, portanto, a importância da família para a adolescente conseguir enfrentar esse momento da gravidez e a falta desse apoio acarreta dor, sofrimento e piores consequências para a mãe adolescente e seu filho. Falcão e Salomão (2006) encontraram relações violentas praticadas pelos parceiros das adolescentes e conflituosas com a família de origem como fatores antecedentes ao nascimento do bebê, o que repercute na vivência da gravidez. Passarini (2014) em sua pesquisa observou nas adolescentes institucionalizadas, sentimentos de culpa pela gravidez e a maternidade, além da imaturidade. As adolescentes entrevistadas pela autora demonstraram que não sabiam como ser mãe, demandando auxílio de outras pessoas. Nesse trabalho, Passarini (idem) relacionou a dificuldade das adolescentes com seus filhos com a reprodução da violência sofrida por elas. Não tendo o modelo de cuidado, não conseguiam estar disponíveis para seus bebês.

Em outra pesquisa desenvolvida no mesmo grupo, Miura (2015) percebeu que entre adolescentes grávidas ou mães institucionalizadas, que não contavam com apoio da família, e/ ou do companheiro, também reproduziam a falta de cuidado com seus filhos. Entre as adolescentes atendidas em hospital público e que contavam com presença e apoio da família e/ou do pai do bebê, as jovens sentiam que podiam confiar e contar com eles nos projetos de vida, e conseguiam desenvolver melhores relações. O trabalho de Neto et al (2007) também descreve a importância da aceitação da gravidez pela família. Segundo os autores, adolescentes e famílias podem perceber a gravidez de forma positiva; também demonstram que muitas adolescentes de seu estudo afirmaram querer ter o filho, sendo a gravidez, muitas vezes, a busca de auto realização, de inserção social e de resolução para um futuro incerto.

A gravidez na adolescência, portanto, vem ocupando significativa relevância no âmbito da saúde, pois seus danos vão além dos fatores biológicos, repercutindo também no âmbito psicológico, sociocultural e econômico, tornando-se um problema de enfoque multiprofissional, no qual se devem buscar medidas pragmáticas de intervenção.

Técnicas Projetivas Gráficas

As Técnicas Projetivas Gráficas, baseiam-se no grafismo, também denominadas técnicas expressivas, favorecem a projeção de aspectos latentes nos instrumentos e são aplicáveis a uma grande parcela da população, sendo que alguns grupos específicos encontram nas técnicas uma importante forma de expressão. Tardivo, Pinto Júnior e Santos (2005) escrevem que, especificamente em crianças que foram vítimas de violência doméstica, o uso dessas técnicas pode ser um procedimento viável para revelação, quando as referidas vítimas não possuem linguagem ou não conseguem falar. Tardivo, Pinto Júnior & Santos (2005) afirmam que, no processo de psicodiagnóstico, deve-se “apoiar em uma aproximação que busque aprender a vivência dessa criança em sua totalidade” (p.61), devendo-se buscar critérios e instrumentos que facilitem a revelação da situação vivenciada.

As técnicas expressivas favorecem, portanto, o Psicodiagnóstico Compreensivo (Trinca, 1984), modelo de psicodiagnóstico que valoriza o pensamento clínico, considerando o uso de testes psicológicos e outros procedimentos clínicos de investigação da personalidade. Esse modelo de psicodiagnóstico busca uma visão totalizadora e integradora da personalidade, trabalhando com uma compreensão mais ampla das dinâmicas psíquicas e buscando a compreensão da personalidade como um todo.

Sobre as técnicas projetivas gráficas, diversos autores, entre eles, Machover (1949), autora que propôs o Desenho da Figura Humana, e, posteriormente, Hammer (1981) e Van Kolck (1968) escrevem que, nos desenhos projetivos, a página em branco favorece a criação subjetiva do indivíduo, que irá se projetar no desenho. As técnicas expressivas gráficas demonstram dados relacionados ao mundo interno do sujeito e como ele se vê. Para Hammer (1981), os desenhos tendem a refletir a configuração geral da personalidade do sujeito, assim como também é possível observar suas ansiedades, inseguranças, dores, desejos, ficções, necessidades, seu ativo e passivo, auxiliando no diagnóstico diferencial.

No presente trabalho foi utilizada a técnica expressiva gráfica Teste do Desenho da Pessoa na Chuva e se buscou verificar aspectos da personalidade e defesas de adolescentes gestantes.

Teste do Desenho da Pessoa na Chuva

O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva é uma técnica pouco conhecida no Brasil, mas difundida em países sul-americanos. As argentinas Barilari, Agosta e Colombo (2000) trabalham com a técnica, sendo as pioneiras no estudo desse instrumento com crianças e adolescentes vitimizadas. No Brasil, Tardivo (2012) vem trabalhando em pesquisas, padronização e validação desse instrumento em crianças e adolescentes brasileiros.

Para Hammer (1981), esse teste é uma variação do DFH e possibilita uma visão da imagem corporal nas condições de tensão do ambiente e pode oferecer informações mais completas quando comparadas ao DFH de Machover (1949), por apresentar a situação de tensão. Segundo Machover (1949), e reafirmado por Hammer (1981), esse instrumento possibilita avaliar a forma como o sujeito vivencia as pressões do ambiente, tendo a chuva como representante das pressões externas desenhadas pelo sujeito como experiências sentidas: assim, um dos elementos fundamentais para a análise do desenho é o guarda-chuva, representante da proteção do indivíduo frente às situações de pressão ou estresse. Querol e Paz (2005), afirmam que no DFH existem defesas que se mantêm ocultas, às vezes aparecem só insinuadas, mas, no Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, a adição da situação estressante faz que o indivíduo não seja capaz de manter sua fachada habitual, precisando recorrer às suas defesas, antes latentes.

O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva é um instrumento aplicável a qualquer faixa etária, bem aceito principalmente na infância, já que crianças têm mais simpatia pelos desenhos e menos resistência a realizá-los. Da mesma forma que o DFH, essa é uma técnica simples, que necessita, para a aplicação, apenas de lápis grafite, borracha e papel sem pauta, podendo ser administrada individual ou coletivamente em crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos e de todas as profissões (Querol e Paz, 2005), que fazem o desenho após a instrução “Desenhe uma pessoa na chuva”. A análise do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva se aproxima da realizada para o DFH. Também há a interpretação da chuva, situação de estresse e tensão e o guarda-chuva esperado no desenho. Sua ausência pode ser interpretada como falta de defesas, fragilidade ou impossibilidade de o indivíduo usar seus recursos defensivos para se proteger (Querol e Paz, 2005).

Vagostello (2007) ressalta que a ausência do guarda-chuva deve ser visto com cautela. De acordo com a autora a interpretação da ausência do guarda-chuva vem sendo

amplamente questionada e discutida, pois é uma prática que tem sido relevante nos desenhos principalmente de adolescentes, o que pode ser um determinante da cultura, já que esse público não costuma usar guarda-chuva com tanta frequência. Essa tendência foi observada pela autora em seu estudo: entre as crianças participantes, houve queda da frequência do desenho do guarda-chuva a partir dos nove anos, intensificando-se nas crianças de 10 anos.

Apesar de ser uma técnica ainda em processo de validação no Brasil, (Tardivo, 2012) e já tendo resultados (Tardivo, 2013) vem sendo estudada, tanto aqui como em outros países, já tendo demonstrado evidências significativas para diversos contextos, o que confirma sua validade no uso no psicodiagnóstico.

Justificativa e objetivos

Diante do exposto a respeito da gravidez na adolescência, um estudo que aborde aspectos psicológicos se justifica, assim o trabalho teve como objetivo geral compreender os aspectos psicológicos de adolescentes gestantes por meio da técnica expressiva gráfica Teste do Desenho da Pessoa na Chuva. Além desse objetivo, sendo o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva uma técnica pouco estudada no Brasil, pode-se apontar como objetivo apresentar um estudo que possa demonstrar a validade e aplicabilidade do instrumento em adolescentes gestantes, explorando seus conteúdos para além dos grupos já estudados.

Método

O estudo utilizou a abordagem quantitativa, permitindo a mensuração das características observáveis com o uso de provas estatísticas do material. Visando enriquecer, complementar e ampliar o estudo, foram incluídos relatos das entrevistas das adolescentes gestantes. A investigação ora apresentada contou com 86 adolescentes, com idades entre 14 e 18 anos, divididas em dois grupos:

Grupo Clínico: 44 adolescentes gestantes, atendidas em um Hospital Escola de São Paulo/SP, pertencente à rede pública de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS);

Grupo Controle: 42 adolescentes não gestantes, estudantes de uma escola pública regular de São Paulo/SP.

Os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as adolescentes o Termo de Assentimento por serem menores de 18 anos. Todo o processo

foi realizado em ambiente adequado, garantindo o anonimato e o sigilo das participantes, respeitando sua privacidade e intimidade, dando-lhes a liberdade de participar ou sair da pesquisa no momento em que desejassem e proporcionando encaminhamentos quando necessário, como preconizado nas diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012b). A pesquisa foi aprovada por comitê de ética em Pesquisas com Seres Humanos sob o Parecer nº 1214/12 e Registro SISNEP-CAAE nº 0043.0.196.198 – 11.

Para a realização da pesquisa foi realizada a aplicação individual do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva nas adolescentes de ambos os grupos. A técnica expressiva utilizada foi categorizada conforme as características encontradas no Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, as quais foram encaminhadas para análise estatística e calculadas as frequências de cada uma, tanto para os desenhos da amostra total, como para diferenciar grupos Clínico e Controle. As frequências foram comparadas pelo teste de Qui-quadrado para verificar se elas eram capazes de distinguir os grupos de adolescentes grávidas com o grupo de não grávidas, identificando a existência ou não de diferenças significativas das variáveis para os grupos estudados. Também foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney, visando reafirmar o teste estatístico anterior.

Resultados

A seguir, são apresentadas as tabelas com os dados resultantes dos estudos estatísticos realizados, considerando apenas as características que tiveram diferenças estatisticamente significantes (nível de significância 0,05) e os dados prevalentes de cada grupo foram comparados. As tabelas 1 e 2 demonstram as comparações entre os Grupos Clínico, Controle e amostra total na utilização do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva. A Tabela 1 corresponde ao estudo estatístico dos dados apresentados a partir do teste de Qui-quadrado para esta técnica.

Tabela 1. Qui-quadrado e frequências de cada característica do Desenho da Pessoa na Chuva para o Grupo de Controle e o Grupo Clínico.

Características	Controle		Clínico		Total		χ^2	Sig.
	N	%	N	%	N	%		

Localização inferior central	2	4,8	11	25,0	13	15,1	6,859	0,009
Traçado – Interrompido	4	9,5	16	36,4	20	23,3	8,673	0,003
Traçado – Inclinação	2	4,8	12	27,3	14	16,3	7,990	0,005
Cabeça – Grande	35	83,3	28	63,6	63	73,3	4,255	0,039
Pescoço – Presença	36	85,7	28	63,6	64	74,4	5,502	0,019
Pescoço – Fino	18	42,9	8	18,2	26	30,2	6,203	0,013
Olhos – Presença de Pupilas	27	64,3	19	43,2	46	53,5	3,847	0,050
Dentes – Presença	0	0,0	4	9,1	4	4,7	4,004	0,045
Mãos – Presença	34	81,0	24	54,5	58	67,4	6,824	0,009
Mãos – Abertas	30	71,4	20	45,5	50	58,1	5,957	0,015
Dedos – Presença	29	69,0	20	45,5	49	57,0	4,879	0,027
Pés – Presença	39	92,9	34	77,3	73	84,9	4,067	0,044
Roupas – Presença	42	100,0	35	79,5	77	89,5	9,595	0,002
Cinto – Presença	7	16,7	21	47,7	28	32,6	9,441	0,002
Acessórios – Não de acordo com a idade	28	66,7	41	93,2	69	80,2	9,526	0,002
Figura palito – Presença	4	9,5	12	27,3	16	18,6	4,470	0,034
Chuva – Grossa	9	21,4	21	47,7	30	34,9	6,543	0,011

Observam-se 17 características diferentes entre os grupos no Teste do Desenho da Pessoa na Chuva. Os dados demonstram que, no Grupo Controle, houve predomínio das características *cabeça grande, presença de pescoço, pescoço fino, presença de pupilas nos olhos, presença de mãos, mãos abertas, presença de dedos, presença de pés e presença de roupas*. No Grupo Clínico, a prevalência foi de *localização inferior central, traço interrompido, inclinação, presença de dentes, presença de cinto, acessórios não de acordo com a idade, figura palito e chuva grossa*.

A seguir, na Tabela 2, serão apresentados os resultados das diferenças significantes encontradas pelo Teste U de Mann-Whitney.

Tabela 2: U de Mann-Whitney e frequências de cada característica do Desenho da Pessoa na Chuva para o Grupo de Controle e o Grupo Clínico.

Características	Mean Rank		U de Mann-Whitney	Sig.
	Controle	Clínico		
Localização inferior central	39,05	47,75	1.111,000	0,009
Traçado – Interrompido	37,60	49,14	1.172,000	0,003
Traçado – Inclinação	38,55	48,23	1.132,000	0,005
Cabeça – Grande	47,83	39,36	742,000	0,040
Pescoço – Presença	48,36	38,86	720,000	0,020
Pescoço – Fino	48,93	38,32	696,000	0,013
Dentes – Presença	41,50	45,41	1.008,000	0,047
Mãos – Presença	49,31	37,95	680,000	0,009
Mãos – Abertas	49,21	38,05	684,000	0,015
Dedos – Presença	48,69	38,55	706,000	0,028
Pés – Presença	46,93	40,23	780,000	0,045
Roupas – Presença	48,00	39,20	735,000	0,002
Cinto – Presença	36,67	50,02	1.211,000	0,002
Acessórios – Não de acordo com a idade	37,67	49,07	1.169,000	0,002
Figura palito – Presença	39,60	47,23	1.088,000	0,036
Chuva – Grossa	37,71	49,02	1.167,000	0,011

O Teste U de Mann-Whitney demonstrou 16 características diferentes entre os Grupos Controle e Grupo Clínico, com as mesmas diferenças entre os dois grupos encontradas na Tabela 1, apenas desconsiderando a presença de pupila nos desenhos realizados pelo Grupo Controle, que foi significativa no teste anterior. As semelhanças encontradas nos dois tratamentos estatísticos permitiram apresentar as distribuições das características diferentes entre os grupos Clínico e Controle, distinguindo os dois grupos.

Discussão

As diferenças encontradas nas tabelas demonstram diferenças significativas entre os dois grupos. Com relação ao Grupo Controle, o Teste do Desenho da Pessoa na

Chuva apresentou características como: cabeça grande, presença de pescoço, pescoço fino, presença de pupilas, presença de mãos (abertas e com dedos), presença de pés e presença de roupas. Essas características demonstram que as adolescentes do Grupo Controle apresentam melhor adequação aos desenhos, não omitindo detalhes essenciais, apresentam maior contato com o ambiente, possibilitando ver a realidade interna e externa, controle entre os aspectos intelectuais e impulsos do Id, com aspirações intelectuais excessivas (Machover, 1949; Hammer, 1981; Van Kolck, 1968; Buck, 2003).

O Grupo Clínico demonstrou o contato com a realidade mais prejudicado, com sentimentos de inadequação, ansiedades, instabilidade, menos recursos frente à situação de pressão e hostilidade. Nesse grupo, houve o predomínio de localização inferior central, traço interrompido, figura inclinada, presença de cinto, acessórios não de acordo com a idade, figura palito e presença significativa de dentes. Esses dados mostram que as adolescentes do Grupo Clínico apresentam comportamento mais impulsivo, conflitos voltados à sexualidade e também permitiram observar que, em uma situação em que estão mais expostas a entrarem em contato com seu mundo interno, demonstram regressão, imaturidade, insegurança, além de poucos recursos internos, incertezas e temor. O Teste do Desenho da Pessoa Chuva também permitiu encontrar a presença de agressividade nesse público (Machover, 1949; Hammer, 1981; Van Kolck, 1968; Buck, 2003; Querol e Paz, 2005).

Com relação aos elementos específicos esperados pelo Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, o único que apresentou diferença significativa foi a “chuva forte”. Esse é um dado importante para a diferenciação entre os grupos por estar relacionado à situação que a adolescente está vivendo, demonstrando o quanto a gravidez nessa fase da vida pode ser encarada com uma situação de grande pressão (Querol e Paz, 2005).

Esse sentimento de pressão também foi observado na grande maioria das entrevistas com as adolescentes do Grupo Clínico. Os relatos dessas participantes trazem o medo do abandono, de não conseguir cuidar da criança, da gravidez interferindo nos planos para o futuro, das responsabilidades e da mudança que a vida terá. Esse dado está de acordo com outros estudos citados, como os de Moreira et al, (2008) e Barbón Péres, (2001) e os desenvolvidos pelo mesmo grupo, a que pertencem os autores do trabalho, como Passarini (2014) e Miura(2015).

As entrevistas permitiram ampliar os dados encontrados no trabalho estatístico. Apesar da imaturidade comum da adolescência e essencial à saúde do adolescente

(Winnicott, 1971/1975), encontrada tanto nos dados observados dos desenhos, como nos relatos, muitas adolescentes afirmaram que a gravidez foi desejada. Os motivos desse desejo corroboram com a referida pesquisa de Neto et al (2007) que demonstra a gravidez repleta de significados positivos, busca de estabilidade e tentativa de obter autonomia e maturidade. As adolescentes do Grupo Clínico, além desses dados, também demonstraram uma fantasia de empoderamento com a gravidez, capaz de dar algo a elas que antes não tinham: passam a ser cuidadas, vistas e a terem mais atenção.

Apesar do desejo da gravidez, os relatos trazem o pouco preparo da jovem para uma relação satisfatória com o bebê. As adolescentes demonstram a angústia de não se tornarem mães suficientemente boas, de não contribuírem para o desenvolvimento do bebê e de direcionar suas necessidades ao bebê, sendo esta uma preocupação materna primária (Winnicott, 1960/1990). Os relatos também demonstram a ambivalência de sentimentos de responsabilidade e irresponsabilidade, traduzida na necessidade de se sentirem maduras, o que é típico dessa fase, mas que é desequilibrado com o final abrupto da adolescência em decorrência da gravidez.

Com as entrevistas também foi possível encontrar algumas consequências da gravidez que já haviam sido demonstradas em diversos estudos (Falcão e Salomão, 2006; Brasil, 2011; Novellino, 2011; ONU, 2013), por exemplo, o abandono escolar e a relação conflituosa com a família e com o companheiro. No que diz respeito a tais relações conflituosas, pode-se perceber que, quando vivenciadas pelas adolescentes em decorrência da gravidez precoce, podem favorecer o desenvolvimento de sentimentos de culpa e dificuldades em aceitar a gravidez, comprometendo os cuidados com o bebê e pré-natal.

Por outro lado, nos relatos em que houve a aceitação da gestação pela família e companheiro, a gravidez é uma experiência gratificante e pode ser vivenciada de forma mais saudável. Os desenhos das adolescentes que eram amparadas e tinham o apoio familiar e do parceiro demonstraram a capacidade de se defender adequadamente. Essa informação corrobora com os estudos de Miura (2015) e demonstra a importância do pai no cuidado com o bebê e como esse apoio, que pode ser vindo também da família, permite que a mãe adolescente consiga estar mais disponível para o bebê (Winnicott, 1968/1996). As adolescentes falam da necessidade desse apoio, o que torna o processo menos angustiante, além de demonstrar que se sentem despreparadas para assumir essa responsabilidade sozinhas.

Considerações finais

Os objetivos dessa pesquisa foram alcançados, sendo possível apresentar dados que favoreceram a compreensão dos aspectos psicológicos de adolescentes gestantes. A técnica expressiva gráfica empregada e as entrevistas apontaram para situações de conflito e despreparo das adolescentes nessa fase da vida, tanto pela jovem como por sua família e seu companheiro. Pelo presente estudo foram encontradas diferenças nos aspectos psicológicos das adolescentes gestantes se comparadas ao Grupo Controle, demonstrando que a gravidez nessa etapa da vida é conflitante por quebrar o ciclo da adolescência, sendo que a adolescente grávida precisa de cuidado e intervenção.

O estudo permitiu observar que a gravidez precoce produz efeitos na personalidade da adolescente, trazendo conflitos, que se somam às grandes mudanças esperadas para essa etapa da vida e para a formação da identidade. O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva demonstrou ser um instrumento válido para o estudo compreensivo e para a avaliação de aspectos psicodinâmicos dos grupos pesquisados. As entrevistas também foram relevantes para se atingir os objetivos do estudo, pois possibilitaram um maior contato com as adolescentes, promovendo um espaço para serem ouvidas e permitindo que se expressassem mais espontaneamente.

É importante trabalhar com essas adolescentes o desenvolvimento da maternagem, em um espaço que ofereça a escuta e a experiência da vivência para suas dificuldades. É igualmente interessante poder trabalhar junto à família (ou cuidadores) dessas jovens, para que elas possam se sentir amparadas e confiantes, favorecendo um desenvolvimento mais saudável, bem como a vivência da adolescência e da maternidade. O trabalho pode ser direcionado de forma a favorecer que essas adolescentes sejam capazes de gerar e cuidar do filho.

Conclui-se, ainda, pela necessidade de que sejam feitas outras pesquisas e pelo desenvolvimento de projetos e programas de proteção para as adolescentes, realizados junto à comunidade, às escolas e às famílias, pensando-se em prevenção e intervenção que vão além da informação e possam promover a proteção e o cuidado de que precisam e que merecem.

Referências

Aberastury, A. (1983) *Adolescência*. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981) *Adolescência normal – um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbón Pérez, O. G. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Ciencia y Enfermería*, 14(01), 19-25. Recuperado em 28 de maio de 2012, de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03.pdf
- Barilari, Z., Agosta, C. B. & Colombo, R. I. (2000). *Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica “Persona bajo la Lluvia”*. Buenos Aires, Sainte Claire.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Brasil acelera a redução de gravidez na adolescência*. Recuperado em 01 de junho de 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137>
- Brasil, IBGE. (2011). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Recuperado em 01 de junho de 2012, de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Brasil, IBGE. (2012a.) *IBGE divulga índices sobre gravidez na adolescência*. Recuperado em 12 de setembro de 2012, de <http://comuniverso.wordpress.com/2012/06/26/ibge-divulga-indices-sobre-gravidez-na-adolescencia>
- Brasil. (2012b). *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 10 de maio de 2013, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *DATASUS*. Recuperado em 20 de maio de 2014, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor
- Deutsch, H. (1967/1983) *Problemas psicológicos da adolescência com ênfase na formação de grupos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dolto, F. (1988/1990) *Causa dos adolescentes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Erikson, E. H. (1972) *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Falcão, D. V. S. & Salomão, N. M. R. (2006). Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 58 (2), 11-23.

- Hammer, E. F. (1981). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Knobel, M. (1981). A síndrome normal da adolescência. In: Aberastury, A. &Knobel, M. *Adolescência normal – um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana (un método de investigación de la personalidad)*. Habana/ Cuba: Cultural S.A.
- Miura, P. O. (2015). *A violência intrafamiliar em adolescentes grávidas: reflexões sobre a história de vida e aspectos psicodinâmicos*. Tese de Pós Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Moreira, T. M. M. et al. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 42 (02), 312-320. Recuperado em 28 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015
- Neto, G.X. et al. (2007). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 279-285. Recuperado em 28 de maio de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>
- Novellino, M.S.F. (2011). Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21 (1), 299-318.
- ONU. Nações Unidas no Brasil. (2013) *Até 3,2 milhões de abortos inseguros de adolescentes acontecem todo ano em países em desenvolvimento*. Recuperado em 15 de janeiro de 2014, de <http://www.onu.org.br/ate-32-milhoes-de-abortos-inseguros-de-adolescentes-acontecem-todo-ano-em-paises-em-desenvolvimento>
- Passarini, G. M. R. (2014). *Mãe adolescente em instituição de acolhimento: Psicodiagnóstico compreensivo e interventivo*. 2012.184f. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Querol, S. M.; Paz, M. I. C. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia – adaptación y aplicación*. Buenos Aires/ Argentina: Lugar Editorial.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2007). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo: Vetor.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2012). *O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva: estudos de validação em crianças vítimas de violência doméstica no contexto brasileiro*. (Relatório Técnico-Científico). São Paulo

- Tardivo, L. S. L. P. C.. (2013) O Inventário de Frases na Identificação da Violência Doméstica e o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva em São Paulo. In: VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica/ IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2013, Maceió. Anais do VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica & IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2013.
- Tardivo, L.S.L.P.C; Pinto Jr, A.A.; & Santos, P.M.R. (2005). Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. *Rev. de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (1), 59-66. Recuperando em 07 de maio de 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v6n1/v6n1a08.pdf>
- Trinca, W. (1984). *Diagnóstico psicológico – a prática clínica*. São Paulo: EPU.
- Vagostello, L. (2007). *O emprego da técnica do Desenho da Pessoa na Chuva: uma contribuição ao estudo psicológico de crianças vítimas de violência Doméstica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Van Kolck, O.L. (1968). *Interpretação psicológica de desenhos – três estudos*. São Paulo: Pioneira.
- Winnicott, D.W. (1960/1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1968/1996). *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Ed. Imago.

O uso do desenho na pesquisa científica: Produções gráficas sobre saúde e doença

Camila Bellini Colussi Macedo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Angela Elizabeth Lapa Coêlho

Centro Universitário de João Pessoa

Sonia Grubits

Universidade Católica Dom Bosco

Resumo: O reconhecimento da existência da vida mental precoce abre espaço para a pesquisa a respeito das crianças e sua subjetividade. Mas para isso é necessário o uso de instrumentos apropriados, tais como os desenhos, que permitem acesso ao mundo psíquico infantil. O objetivo deste trabalho é discutir a respeito da técnica do desenho como apropriada para realização de pesquisas científicas com crianças. Neste trabalho, são apresentadas algumas produções gráficas de 33 crianças entre sete e 12 anos de idade, estudantes de uma escola pública da cidade de Campo Grande/MS, convidadas a participar de um estudo a respeito das representações sociais de saúde e doença. As crianças foram convidadas a produzir um desenho sobre saúde e outro sobre doença. Os desenhos produzidos demonstraram a capacidade desta técnica em permitir acesso ao psiquismo das crianças. Os participantes demonstraram seu entendimento a respeito dos temas propostos, apresentando como as questões culturais e do meio em que vivem se refletem em sua subjetividade, permitindo que sejam ouvidas como sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento. Por permitir a livre expressão e a produção de grande riqueza de dados para análise, recomenda-se a realização de maior número de pesquisas que utilizem a técnica do desenho, de modo a ampliar e aprimorar seu uso na área científica.

Palavras-chave: desenho; saúde; doença; pesquisa científica.

Introdução

A participação de crianças em pesquisas científicas é de suma importância quando se trata de investigar os fenômenos próprios da infância. Porém, nem sempre as crianças tiveram espaço garantido neste campo, o que refletia a própria condição da criança em um contexto histórico-cultural anterior.

Neste trabalho serão apresentadas considerações a respeito das crianças como participantes na pesquisa científica, abordando aspectos históricos sobre o tema e considerações sobre o uso do desenho no campo científico. Posteriormente, serão analisados alguns desenhos produzidos por crianças a partir de um recorte de uma pesquisa sobre suas concepções a respeito das temáticas: saúde e doença.

A criança na pesquisa científica: Breve histórico

A criança, na Antiguidade, era vista como um ser incompleto, associado sempre à figura da mulher e do escravo, diferenciados da figura do pai, do marido e do senhor devido a sua falta de autonomia (Abrão, 2001). Na Idade Média, as representações da criança eram ausentes ou quase inexistentes, de modo que não havia um lugar definido para a infância. Esta situação só vai ser modificada a partir do início

do século XIII, mas ainda ocupando lugar secundário. Somente no século XVII, as formas como eram tratadas as crianças passam a ser questionadas e começa a surgir uma ampla literatura sobre o tema (Ariès, 1973/1981).

Posteriormente, a preocupação com a mortalidade infantil começa a ganhar espaço e as crianças passam a ser excluídas do meio adulto. A criança passa a ser objeto de afeição e, no século XVIII, surge a Pediatria (Abrão, 2001). A valorização do saber científico e da individualidade, abrem espaço para a pesquisa a respeito das crianças e sua subjetividade.

De acordo com Rodrigues, Borges e Silva (2014, pp.273), surge a

iniciativa de colocar a criança como efetivo sujeito da pesquisa científica e, ainda, a valorização do registro de expressões tipicamente infantis (como o desenho, por exemplo) como instrumento de coleta de informações e a preocupação de registrar e discutir o olhar e o entendimento da criança sobre seu entorno.

Desta forma, as pesquisas que produziam conhecimento sobre a infância a respeito da fala de adultos, passam agora a dar voz às próprias crianças (Campos, 2008). A partir da participação das crianças nas pesquisas, observa-se seu modo particular de visualizar e compreender os fenômenos. Para Rodrigues, Borges e Silva (2014), convidar a criança para participar de pesquisas científicas é compreendê-la como “informante competente e sujeito capaz de fazer indicações para novos rumos epistemológicos e teórico-metodológicos da pesquisa científica, bem como capaz de opinar e provocar mudanças sociais e culturais” (p. 280).

Desta forma, pode-se concluir que a participação das crianças nas pesquisas científicas é bastante importante, no entanto, é necessário que se observe a necessidade de utilizar meios adequados de acesso a sua objetividade. O uso da produção gráfica mostra-se como instrumento apropriado, como será descrito a seguir.

Observações sobre o uso do desenho na pesquisa científica

O uso de desenhos é bastante comum nos atendimentos de crianças na Psicologia, e em especial, na Psicanálise. O trabalho de Freud (1905/1974) já reconhecia a vida mental precoce, quando propôs a existência da sexualidade infantil. Mas ele ainda não considerava a Psicanálise como um procedimento apropriado para o tratamento de crianças. Foi com os trabalhos de Sophie Morgenstern (Aberastury, 1982), Anna Freud (Freud, A., 1926/1971) e Melanie Klein (Klein, 1955[1953]/1991)

que se utiliza método adequado para a subjetividade infantil. Valorizam-se os jogos e os desenhos como instrumentos que permitem acesso ao mundo psíquico infantil.

O reconhecimento de tais especificidades é apropriado não apenas para o atendimento psicoterápico, mas pode ser transportado para o trabalho em pesquisa científica. Rodrigues, Borges e Silva (2014) apontam que entre as ferramentas que podem ser utilizadas na pesquisa com crianças, os relatos orais, como as entrevistas, apresentam bom desempenho, pois permitem a participação de sujeitos que ainda não dominam a linguagem escrita. Os autores citam ainda o uso de registros escritos e gráficos, tais como diários, ensaios ou registros do cotidiano, e também o uso de recursos multimídia, como fotografias e vídeos, incluindo a possibilidade de manuseio de equipamentos pelas próprias crianças.

O uso de expressão dramática, situações de faz-de-conta e técnicas dramáticas também são apontadas pelos autores como técnicas viáveis na realização de pesquisas com crianças. Por fim, citam ainda o uso de símbolos, imagens e cartografia (Rodrigues, Borges & Silva, 2014).

Em meio a estas possibilidades, o desenho ganha papel de destaque. Tragante (2014) aponta para as vantagens de se utilizar os desenhos nas pesquisas com crianças, sendo que para a autora os desenhos devem ser acompanhados de relatos das próprias crianças, uma vez que as considera como informantes qualificados. Os desenhos se constituem, assim, como uma forma de expressão, uma linguagem e um instrumento de interlocução.

A técnica do desenho é definida como um campo de estudos original da Psicologia da criança (Darrault-Harris & Grubits, 2000; Grubits, 2003). Segundo Widlöcher (1998), as crianças, diferentemente dos adultos, apresentam uma conduta que lhes parece própria e espontânea em relação aos desenhos. Para Arantes (2007), o desenho da criança expressa sua individualidade e, também, um saber coletivo, tornando-se adequado para o estudo nas áreas humanas. Seu grafismo é indicador de socialização e aculturação, pois é por meio dele que as crianças dão início a uma compreensão do mundo em que estão inseridas.

É por meio dos desenhos que as crianças organizam informações, processam experiências vividas e pensadas, revelam seu aprendizado e desenvolvem um estilo próprio de representação do mundo. Trata-se de um meio para comunicação e representação. O grafismo revela a visão da pessoa em relação a si mesma e ao seu ambiente (Arantes, 2007).

De acordo com Luquet (1994), a evolução do desenho infantil representa um modo particular de realismo. Inicialmente, trata-se do realismo fortuito, no qual o traçado é feito apenas com intenção de produzir linhas, como podemos observar nos rabiscos, e não para fazer imagens representativas. Posteriormente, a criança passa para a fase do realismo intelectual, e reproduz, em seus desenhos, não o que ela vê, mas o que sabe sobre as coisas. Apenas em uma terceira fase, realismo visual, a criança passa a reproduzir aquilo que vê. Entre quatro e 12 anos, a criança se preocupa com o significado, mas também vai ao encontro do realismo visual. Para Wallon, Cambier e Engelhart (1990), a evolução do desenho está diretamente ligada à maturação cerebral, dos aparelhos perceptivos e motores.

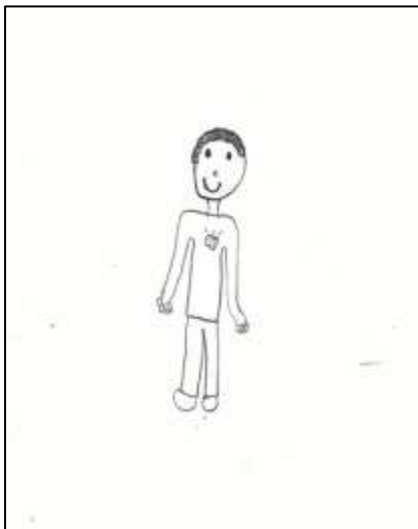
Algumas características do período de realismo intelectual, estágio de desenvolvimento em que se encontram as crianças que produziram os desenhos que serão apresentados nesse estudo, são a multiplicidade de detalhes, os aspectos narrativos do desenho, o uso de detalhes típicos exagerados, o uso do reverso das imagens, a diversidade de pontos de vista e o fenômeno da transparência (Royer, 1998).

Produções gráficas sobre saúde e doença

Com objetivo de ilustrar as representações sociais infantis a respeito dos temas “saúde e doença” são apresentados alguns desenhos coletados por Macedo (2009). Participaram do estudo 33 crianças com idade entre sete e 12 anos, estudantes do terceiro ao quinto ano do Ensino Fundamental de uma escola pública da cidade de Campo Grande (MS). As crianças foram convidadas a produzir um desenho representando o que cada uma entendia por saúde e outro sobre o que entendia por doença. Também foi solicitado que as crianças descrevessem o conteúdo dos desenhos, de modo a permitir maior entendimento sobre as produções.

Com relação aos desenhos elaborados pelas crianças sobre seu entendimento do conceito de saúde, as produções relacionavam o tema com mais frequência (cerca de 20% dos desenhos) a aspectos subjetivos, tais como felicidade, alegria, paz, amor, tranquilidade, esperança e carinho. O desenho n. 1, elaborado por uma menina de nove anos, estudante do quinto ano do Ensino Fundamental, apresenta, segundo descrição da criança, uma pessoa de boa saúde, alegre, feliz e com o coração bom. Pode-se notar o coração desenhado no peito da pessoa, sorridente. A produção n. 2 também relaciona a saúde a aspectos subjetivos. Trata-se de uma pessoa que, segundo a criança, está bem,

passeando na rua, sorrindo, com um sorvete e sua bolsa. Este foi elaborado por uma menina de oito anos, estudante do terceiro ano.



Desenho 1 (nove anos)



Desenho 2 (oito anos)

Outro tema que surge nos desenhos das crianças, relacionado a seu entendimento de saúde, são os elementos da natureza (18,5% dos trabalhos). O desenho n. 3 foi produzido por uma menina de oito anos de idade, que cursa o quarto ano. Sua produção retrata duas meninas, uma árvore com laranjas e três flores. A criança explica que o desenho foi feito com temas da natureza e menciona que frutas, flores e mares estão relacionados à saúde, em sua concepção.



Desenho 3 (oito anos)

O terceiro tema que aparece com mais frequência nos desenhos (14,1%) diz respeito à realização de atividades, tais como brincar, jogar bola, soltar pipa, pular corda e atividades no pula-pula. O desenho n. 4, produzido por uma menina de sete anos, estudante do terceiro ano, apresenta uma menina brincando no pula-pula, sendo que a outra pessoa desenhada é um homem que marca o tempo em que a menina pode permanecer no brinquedo. Relaciona-se a saúde a possibilidade de realizar tarefas.

Da mesma forma, o desenho n. 5, elaborado por um menino de oito anos, estudante do terceiro ano, apresenta três meninos jogando futebol. Segundo ele, a partida de futebol acontecia num dia lindo, com céu azul. Um dos meninos chutou a bola e marcou o gol, e o outro gritou “gol”. O goleiro não conseguiu defender. Os times adversários são Roxo contra Ouro. O jogo terminou com placar de 1 a 0, com vitória do time Roxo. A criança disse ainda que os meninos são saudáveis e estavam jogando bola na rua, em um campinho sem esgoto a céu aberto. Novamente as questões ambientais se fazem presentes, quando a criança aponta para a questão do saneamento básico.



Desenho 4 (sete anos)

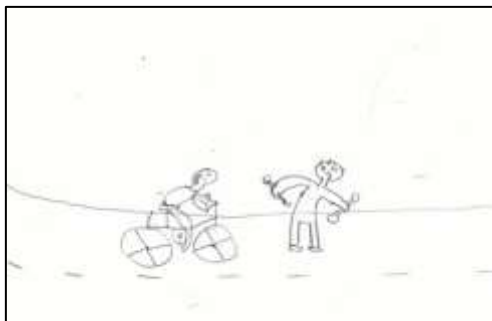


Desenho 5 (oito anos)

As produções de n. 4 e n. 5 remetem à possibilidade de realizar atividades, sugerindo que o tema da saúde parece relacionado a esta chance de realizações, enquanto a doença poderá ser a impossibilidade dessas tarefas.

A prática de esportes também aparece nos desenhos das crianças a respeito do tema saúde. O desenho n. 6, de um menino de 10 anos, estudante do quinto ano, apresenta pessoas fazendo ciclismo e ginástica na praça pública. Já o desenho n. 7 (produzido por uma criança de 10 anos, no 5o ano) apresenta pessoas se alimentando e outras praticando esportes, como pular corda, correr e fazer “parada de mão”, conforme descrição da criança. Neste ponto, a pesquisadora pôde notar que se tratava de um tema

que não havia sido abordado pelas crianças em suas entrevistas, e apareceu apenas nos desenhos, o que reforça a necessidade do uso de instrumentos adequados na pesquisa com crianças.

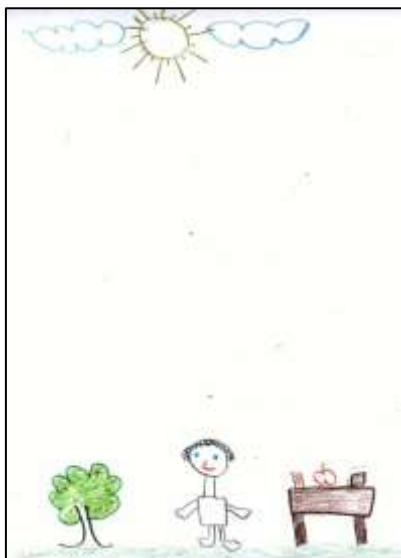


Desenho 6 (10 anos)



Desenho 7 (10 anos)

Por fim, outro tema que aparece relacionado à questão da saúde é a alimentação saudável, como se pode ver no desenho n. 8 de uma menina de nove anos, estudante do quinto ano. Ela relata que seu desenho apresenta um menino que não come coisas gordurosas, apenas coisas que fazem bem, como pão, maçã e suco de laranja, cuja fruta ele retira da árvore plantada no quintal de sua casa. O tema aparece em 5,4% dos desenhos.



Desenho 8 (nove anos)

Já com relação à doença, o tema que apareceu com maior frequência (14,0%) estava relacionada à dengue. Os desenhos produzidos apresentavam pessoas

com dengue e os locais onde a água se acumula e o mosquito transmissor se desenvolve. Observam-se tais dados no desenho n. 9, de um menino de 12 anos, estudante do quinto ano, que apresenta pneus e latas sem tampa, conforme descrição da criança. A dengue é um tema bastante atual e o desenho indica a inserção da criança em um meio preocupado com o assunto, por meio de medidas que objetivam diminuir o alto índice da doença.



Desenho 9 (12 anos)

Outras doenças também apareceram nos desenhos, tais como catapora (7,9%), gripe (3,5%), febre amarela, paralisia infantil e virose (cada uma com 1,8%). As crianças também produziram desenhos referentes a sintomas, como febre, tosse, dor de cabeça e vômito. O desenho n. 10, elaborado por uma menina de oito anos, estudante do terceiro ano, apresenta uma pessoa triste e chorando porque está doente. A pessoa está com catapora e apresenta pintinhas vermelhas pelo corpo, e está chorando porque não quer ir ao hospital, sendo que o desenho em marrom, do lado direito, é a rampa de entrada do hospital. Nota-se que além dos sintomas e da doença, os aspectos subjetivos como a tristeza também são mencionados, descritos como decorrentes do estado de enfermidade.



Desenho 10 (oito anos)

Outro desenho elaborado por uma menina de sete anos, do terceiro ano, apresenta tanto aspectos relacionados à saúde quanto à doença. Nota-se uma pessoa doente, sentada em uma cadeira, assistindo TV ou na cama, dormindo. Esta pessoa está com virose e apresenta dor de cabeça. Porém, a pessoa toma medicação e melhora e, então, pode pular corda, andar de bicicleta e comer maçã. A criança também desenhou as “doenças” e colocou seus nomes: virose, gripe, catapora e rubéola. As doenças são representadas por agentes de transmissão.



Desenho 11 (sete anos)

Outra produção (n. 12) apresenta diversos elementos relacionados à doença. A criança, uma menina de sete anos, estudante do terceiro ano, explica que a pessoa ao centro está pálida e vomitando. É a pessoa que está em estado mais grave, entre as três, podendo até morrer. A pessoa à esquerda também está pálida, além de apresentar dor de cabeça e tontura. Está com dengue hemorrágica. Já a pessoa à direita está com febre amarela e dores no corpo; precisa ir ao hospital, mas como não pode dirigir, chamou uma ambulância. Os pontinhos desenhados representam os vírus das doenças, que poluem o ar. Segundo a criança, o pontinho maior, de cor azul, é o mais perigoso e é

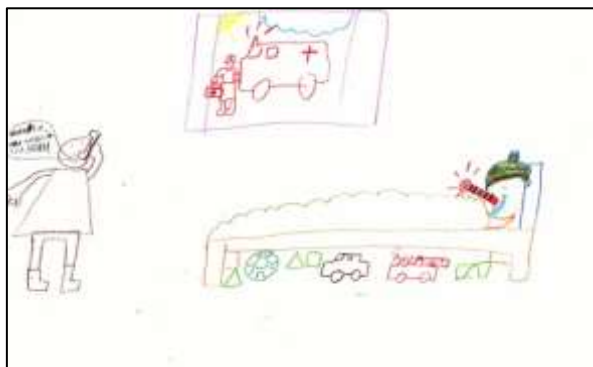
transmissor da dengue. Os pontinhos pretos são vírus da gripe e fazem vomitar. Os amarelos são da febre amarela e os vermelhos fazem a pessoa ficar com tontura e cair.



Desenho 12 (sete anos)

Nota-se a necessidade de maiores informações a respeito da transmissão de algumas doenças, como a dengue que não é transmitida por vírus que permanecem no ar, de modo que, se anteriormente as crianças apresentaram conhecimentos a respeito da doença, tais conhecimentos não são completos ou precisam ser aprimorados. De qualquer forma, refletem seu entendimento a respeito do tema.

O desenho n. 13 foi elaborado por um menino de oito anos, estudante do terceiro ano. Ele explica que fez um menino com um termômetro na boca, indicando que sua temperatura já ultrapassou as medidas adequadas. Segundo a criança, ele está com febre alta e seu nariz virou um “riacho” (sic) (está expelindo secreções). Ele usa uma bolsa de água para aliviar os sintomas da febre, enquanto sua mãe liga para a ambulância vir pegá-lo. Neste desenho vemos a figura da mãe como cuidadora.



Desenho 13 (oito anos)

No desenho n. 14, a criança (uma menina de sete anos, estudante do terceiro ano) faz uma pessoa com catapora, que, segundo ela, era a entrevistadora. Escreveu no desenho as palavras catapora e virose, que representam as doenças que a criança queria mencionar.



Desenho 14 (sete anos)

Outro tema abordado nos desenhos a respeito de doença foi a má alimentação (5,0%). No desenho n. 15, vê-se um menino que só come coisas que não fazem bem, como sanduíche, batata frita, entre outras. A criança, uma menina de nove anos, estudante do quinto ano, relata ainda que o menino desenhado não bebe suco, apenas refrigerante e está acima do peso.



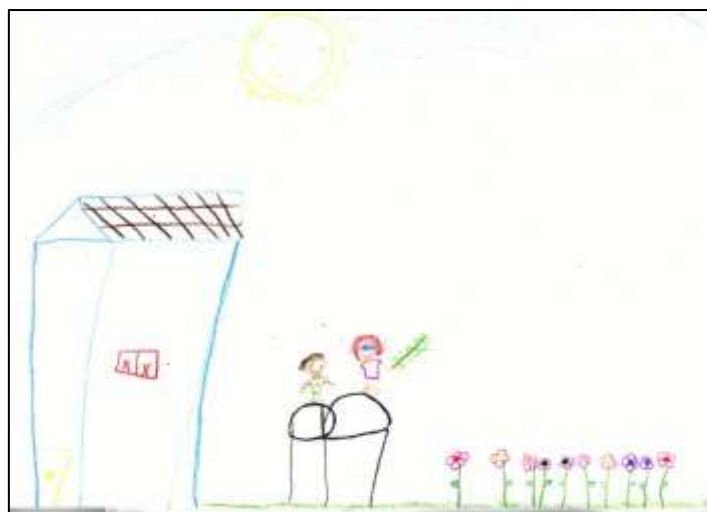
Desenho 15 (nove anos)

Também se associou a doença ao uso de substâncias psicoativas, tais como álcool, cigarro e drogas, como se pode ver no desenho 16, elaborado por uma menina de nove anos, estudante de terceiro ano. Em seu desenho ela faz um cigarro, bebidas alcoólicas como cachaça, e maconha, além de comidas estragadas e azedas. A doença aparece relacionada a inadequados padrões alimentares e hábitos nocivos como beber e fumar.



Desenho 16 (nove anos)

Por fim, representando a influência das questões culturais na subjetividade das crianças e, conseqüentemente, em seus desenhos, a produção n. 17 apresenta métodos alternativos utilizados no processo de cura. Trata-se de uma criança com catapora e uma benzedeira com um galho de árvore para benzer o menino. Este desenho foi produzido por uma menina de oito anos, estudante do terceiro ano.



Desenho 17 (oito anos)

A partir destas produções, pode-se observar a importância do uso de técnicas gráficas na pesquisa com crianças. Por meio de desenhos temáticos as crianças demonstraram seu entendimento a respeito dos temas propostos, apresentando como as questões culturais e do meio em que vivem se refletem em sua subjetividade, permitindo que sejam ouvidas como sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento sobre seu mundo interno.

Considerações finais

Pode-se observar a importância e necessidade do uso de recursos adequados como os desenhos em pesquisas com crianças, o que está de acordo com as colocações de Brazelton e Sparrow (2003). Tais instrumentos permitem a livre expressão e a produção de grande riqueza de dados para análise.

Nos desenhos apresentados, as crianças expressaram seu entendimento a respeito dos temas saúde e doença, demonstrando que vivenciam o processo saúde-doença a partir de aspectos próprios, que incluem questões subjetivas. As produções também apontaram para incorporação de aspectos próprios da realidade em que estão inseridas.

Sugere-se a realização de maior número de pesquisas com o uso do desenho como instrumento de acesso aos aspectos psíquicos das crianças, de modo a ampliar e aprimorar o uso desta técnica na área científica, além de permitir a contribuição na construção e aprimoramento de políticas públicas próprias para a infância.

Referências

- Aberastury, A. (1982) *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abrão, J. L. F. (2001) *A história da psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta.
- Arantes, M. H. (2007) *A construção da identidade de crianças pantaneiras*. Campo Grande/MS. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco.
- Ariès, P. (1973/1981) *História social da família*. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar.

- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2003) *Três a seis anos: momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Campos, M. M. (2008) Por que é importante ouvir a criança? A participação das crianças pequenas na pesquisa científica. In: Cruz, S. H. V. (Org.) *A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas*. São Paulo: Cortez. pp. 35-42.
- Darrault-Harris, I. & Grubits, S. (2000) *Psicossemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco.
- Freud, A. (1926/1971) Introdução à técnica da análise de crianças. In: Freud, A. *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro Imago. pp. 19-84.
- Freud, S. (1905/1974) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud, S. *Obras psicológicas completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. v. VII, pp.123-252.
- Grubits, S. (2003) A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. *Psicologia em Estudo*, 8(n. esp.), 97-105. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 01 novembro 2008.
- Klein, M. (1955 [1953]/1991) A técnicas psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In: Klein, M. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. v. III, pp.149-168.
- Luquet, G. (1994) *Le dessin enfantin*. Paris: PUF.
- Macedo, C. B. C. (2009) *As representações sociais de saúde e doença para crianças de uma escola em Campo Grande/MS*. Campo Grande/MS. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco.
- Rodrigues, S. A.; Borges, T. F. P., & Silva, A. S. (2014) “Com olhos de criança”: a metodologia de pesquisa com crianças pequenas no cenário brasileiro. *Nuances: estudos sobre educação*, 25(2), 270-290.
- Royer, J. (1989) *Le dessin d'une maison: image de l'adaptation sociale de l'enfant*. France: EAP Editions.
- Tragante, C. A. (2014) O desenho na pesquisa com crianças: reflexões a partir da educação em arte. In: II Simpósio Luso-Brasileiro em estudos da criança: Pesquisa com crianças: desafios éticos e metodológicos. Porto Alegre, 2014. *Anais eletrônicos*. Porto Alegre: UFRGS. Obtido em: <http://www.estudosdacrianca.com.br/site/anaiscomplementares#C> . Acesso em: 04/09/2015.

- Wallon, P.; Cambier, A., & Engelhart, D. (1990) *Le dessin de l'enfant*. France: Press Universitaires de France.
- Widlöcher, D. (1998) *L'interprétation des dessins d'enfants*. France: Pierre Mardaga éditeur.

O Teste Palográfico na avaliação da empatia em um grupo de trabalho

*Marisa Canello Kuhn*¹⁵
*Silvana Alba Scortegagna*¹⁶
Universidade de Passo Fundo

Resumo: A empatia pode ser considerada uma habilidade que beneficia as relações interpessoais em grupos de trabalho, que pode manifestar-se ou não no comportamento e na interação. Avaliar o quanto essa habilidade está presente nestas relações foi o objetivo desta pesquisa. Neste estudo foi utilizado o teste projetivo Palográfico para avaliar a empatia em um grupo de trabalho, e não para um delineamento completo. Participaram 65 funcionários da área de serviços gerais e limpeza de uma Instituição de Ensino Superior, com idade entre 22 e 64 anos, todos do sexo feminino. O teste foi aplicado com as participantes divididas em pequenos grupos, seguindo as instruções padronizadas. Foram analisadas a inclinação dos palos e a distância entre linhas. Os resultados indicaram baixo nível de empatia no grupo pesquisado, mostrando a necessidade de desenvolver esta habilidade para melhorar as relações interpessoais no trabalho.

Palavras-chave: avaliação psicológica, técnicas projetivas, empatia, relacionamento interpessoal, grupos de trabalho.

Introdução

Estudos em diferentes áreas do conhecimento, como a estética, a filosofia, a sociologia e a psicologia convergem sobre a importância da empatia nas relações humanas em seus mais variados contextos. Pesquisadores e teóricos do campo da psicologia há muito vêm estudando a empatia e os processos a ela relacionados (Koller, Camino & Ribeiro, 2001; Sampaio, Camino & Roazzi, 2009).

Com seus primórdios ainda no século XVIII, o conceito de empatia evoluiu e foi estudado por autores como Lipps, Freud, Vischer, Husserl entre outros (Hochmann, 2012). Porém o aprofundamento do seu estudo aconteceu a partir de meados do século XX, com aplicação na prática psicoterapêutica com Carl Rogers. Segundo Sampaio et al (2009) a psicologia social também teve seus representantes em diversos estudos, principalmente a partir da década de 1960, com Batson, Duncan, Ackerman, Buckley & Birch, 1981; Coke, Batson, & McDavis, 1978; Krebs, 1975, que se interessaram principalmente pelo papel da empatia no processo de comportamentos de ajuda. E dentro de uma perspectiva psicogenética e evolutiva, o psicólogo norte-americano Martin L. Hoffman ganhou destaque por seus pressupostos teóricos que relacionam a

¹⁵ Universidade de Passo Fundo-RS. Psicóloga. Acadêmica do curso de Mestrado em Administração da FEAC - UPF. Especialista em Gestão de Pessoas e em Inteligência Empresarial pela FGV. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Economia e Gestão Empresarial e em Gestão e Liderança de Equipes; e nos Cursos de Psicologia e Administração da Universidade de Passo Fundo. E-mail: mkuhn@upf.br

¹⁶ Universidade de Passo Fundo-RS. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco - Itatiba, SP. Mestra em Educação pela Universidade de Passo Fundo-RS. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Administração e em Envelhecimento Humano, da Universidade de Passo Fundo-RS.

empatia ao desenvolvimento de um senso cognitivo.

Enquanto alguns autores a referem como um fenômeno afetivo, outros abordam-na como sendo um fenômeno cognitivo neutro. Segundo Guedon e Bernaut (2008), Tisseron (2014) e Lecomte (2014) a empatia pode também revelar componentes afetivos e cognitivos. De um lado, ela permite ter uma representação do funcionamento mental e afetivo dos interlocutores envolvidos. De outro lado faz entrar em ressonância com seus estados sensoriais e emocionais (Tisseron, 2014).

Para Marandon (2003), a empatia compreende um conjunto de esforços voltados ao acolhimento do outro em sua singularidade, o que é possível quando o sujeito se conscientiza da separação eu-outro e da ilusão comunicativa de identificação passiva com outrem. Observa-se neste conceito a profundidade e complexidade inerentes que o compõem, cuja compreensão e vivência dependem de atitudes constituídas por um conjunto de traços psicológicos que permitam a passagem de si para o outro. Trata-se de um esforço de relação efetiva com outrem, que consiste em ultrapassar a regra de ouro da simpatia, que sugere agir com os outros como gostaria de que agissem comigo, para adotar a regra de platina própria da empatia: agir com os outros como eles agiriam consigo mesmos (Bennet, 1979).

No trabalho, a empatia pode ser considerada uma habilidade que beneficia as relações profissionais (Ickes & Simpson, 1997; Albrecht, 2006). Inevitável e necessário na atual organização da cultura humana, o trabalho não deixa de ser uma atribuição que impõe ao sujeito uma gama ampla de restrições, e, possivelmente, trabalhar não seja algo que tenha sido por ele buscado com espontânea alegria, tampouco pensar nas relações que ali vão ser construídas, ou se vai haver uma boa relação com os colegas de trabalho. Compreender o ponto de vista do outro constitui um desafio dentro do contexto da convivência humana. Trata-se de um processo de adaptação, no qual se faz necessário compartilhar não somente espaços físicos, mas também compreender e respeitar os espaços cognitivo e emocional de cada um (Moscovici, 2003; Vergara & Davel, 2010).

Entretanto, o ambiente organizacional construído, principalmente a partir do final do século XX, não constitui um meio favorável para estabelecer e reforçar bons relacionamentos interpessoais, pelo contrário, convidam a renunciar precocemente a empatia que poderia ser desenvolvida. E não somente a capacidade de empatia, mas também o próprio sentimento de realidade, vinculado aos pensamentos e emoções, tornando o indivíduo insensível, indiferente e distante no contato com os outros. O

sistema estimula cada um a ser concorrente de todos, ou até tornar-se inimigo dos próprios colegas (Tisseron, 2014). A realidade atual é mais marcada pelo distanciamento e cooperatividade superficial, que a partir de um comportamento baseado em valores de lealdade, dificultando a construção de uma narrativa de identidade ao trabalhador (Sennet, 2015).

Gerar um ambiente de trabalho proativo, com produção otimizada, que traga resultados positivos para as organizações é um desafio que perpassa décadas de estudos em busca de modelos que atendam estas necessidades e aspirações. No entanto, a realidade parece mostrar um quadro menos animador: dificuldades de lidar com mudanças, conflitos interpessoais, dificuldades na comunicação, agrupamentos de trabalhadores ao invés de grupos ou equipes de trabalho, são recorrentes em muitas empresas, apesar dos esforços para minimizarem tais dificuldades (Batitucci, 2002; Belasco, 2005; Gardenswartz, Cherbosque & Rowe, 2012; Moscovici, 2003).

Com isso, o trabalhador precisa defender-se do sofrimento que esse contexto pode gerar, bem como preservar seu espaço em um grupo de trabalho. Assim, desenvolve estratégias defensivas para dar conta da carga psíquica envolvida que pode levar ao sofrimento ou à crescente dificuldade de trabalhar em grupo (Dejours, Abdoucheli & Jayer, 2015; Giust-Ollivier & Oualid, 2015). Dentro de um grupo, a racionalidade pode ser uma tentativa para conter os impulsos, emoções, sentimentos, que podem perturbar o equilíbrio nas relações interpessoais, e para buscar minimizar as expressões dos espaços não racionais (Moscovici, 2003). Por outro lado, Giust-Ollivier e Oualid (2015) alertam para o custo psíquico e somático que podem resultar das reações defensivas e adaptativas, uma vez que estas não representam uma verdadeira ligação entre a representação e a realidade das organizações.

É importante destacar que os funcionários diferem em suas percepções e comportamento. No entanto, também é importante levar em conta que as condições de trabalho - e as reações dos trabalhadores a eles - pode variar de dia para dia (Biron & Veldhoven, 2012). Ainda que não se possa generalizar, uma vez que cada empresa tem e percebe a sua realidade, estudos sobre comportamento organizacional apontam dificuldades inter-relacionais existentes em ambientes de trabalho, onde vários fatores podem estar envolvidos, entre eles, o baixo nível de empatia nos grupos de trabalho (Griffin & Moorhead, 2006, Morin & Aubé, 2009; Spector, 2006).

É de consenso entre teóricos que a empatia pode exercer forte influência nos processos de tomada de decisão e nas relações interpessoais (Oliveira, 2010; Sampaio et

al., 2009). Seu desenvolvimento em equipes de trabalho traz em questão as dificuldades e possibilidades desta manifestar-se ou não no comportamento em interação. Pavlovich e Krahnke (2012) ratificam seu papel como um mecanismo para melhorar a conectividade entre as pessoas nas organizações. Para os autores a empatia mobiliza as pessoas a ajudar os outros, por meio de ações altruístas, e possibilita compreender as diferenças. Nessa perspectiva pode influenciar a ligação e conectividade entre as pessoas no trabalho, e contribuir para o desenvolvimento de ambientes mais humanitários, interativos e criativos.

Outro estudo realizado na área organizacional investigou a contribuição da empatia para tomada de decisão ética (Dietz & Kleinlogel, 2014). Entre os resultados, a empatia e o altruísmo levaram a tomada de perspectiva da outra pessoa e promoveram comportamentos mais éticos, voltados para o bem-estar do outro. Para os autores a empatia assumiu caráter de virtude e contribui significativamente para a tomada de decisões baseadas na ética.

No Brasil, alguns pesquisadores buscaram validar instrumentos internacionais, como o Interpersonal Reactivity Index - IRI (Sampaio et al., 2011), a escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI) e a Escala de Empatia para crianças e adolescentes de Bryant - EECA (Koller et al, 2001). Também foram desenvolvidos alguns instrumentos no próprio país: O Inventário de Empatia (Falcone et al., 2008) e o questionário de Empatia Conjugal – QEC (Oliveira et al, 2009). Observa-se a predominância de estudos com enfoques relacionados à avaliação de profissionais da área da saúde com relação ao serviço prestado ao paciente, à avaliação de serviços e atendimento a clientes em diferentes segmentos profissionais, e de validação de escalas ou medidas de empatia ou habilidades sociais. Há uma carência de estudos que abordam o processo avaliativo na área organizacional envolvendo as relações em grupos de trabalho, e uma predominância de pesquisas que utilizam instrumentos de autorrelato.

Além da necessidade de se seguir com os estudos de validade de instrumentos de autorrelato para avaliação da empatia na cultura brasileira, a utilização de instrumentos projetivos para avaliar o nível de empatia nas relações interpessoais em um grupo de trabalho pode ser um valioso recurso para compreender em profundidade este construto relacionado à personalidade e desta forma fundamentar ações para o seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, avaliar o quanto essa habilidade está presente nestas relações é o objetivo desta pesquisa, a partir da utilização do teste Palográfico, dentro de um delineamento restrito à avaliação da empatia, e não para um delineamento

completo.

Método

Participantes

Dos 106 trabalhadores com cargo de auxiliar de limpeza e auxiliar de serviços gerais da Fundação Universidade Passo Fundo, 65 mulheres com idades entre 22 e 64 anos, casadas, com nível sócio-econômico baixo e escolaridade predominante de ensino médio completo participaram do estudo. A amostra foi definida pelo método não-probabilístico intencional, a partir dos critérios de homogeneidade funcional, acessibilidade e demanda interna institucional, congruente com a proposta do presente estudo.

Instrumento

Teste Palográfico - desenvolvido no Brasil por Alves e Esteves (2004). É um teste de expressão gráfica que objetiva avaliar a personalidade. A folha de aplicação contém impressos, na linha localizada no lado superior esquerdo, três traços verticais de 7mm de altura, com distância de 2,5mm entre eles, e, na segunda linha, um traço vertical com um intervalo de 4mm entre as linhas. Os examinandos devem riscar na folha traços iguais ao modelo impresso, procurando fazer os traços verticais sempre do mesmo tamanho, de cima para baixo e do lado esquerdo para o lado direito da folha, conforme o modelo. Entre os indicadores constantes no teste, foi avaliado o nível de empatia considerando o relacionamento interpessoal, levantado em dois grupos de análise: inclinação dos palos e distância entre linhas. 1. Inclinação dos palos, cuja classificação se dá pelos seguintes pontos de corte: a) Vertical ou reta, de 84,4° a 98,2°: atitude de reserva, pouca necessidade dos outros, frieza e indiferença, atitudes aristocráticas, desconfiança e intransigência; b) Inclinado para a direita: de 98,3° a 105,2°: necessidade de contato com as pessoas, adaptação aos gostos e costumes; c) Muito inclinado para a direita: 105,3° ou maior: valorização dos fatos, pessoas ou coisas, conforme eles lhes inspirem simpatia ou repulsa, excesso de subjetivismo; d) Inclinado para a esquerda: de 77,5° a 84,3°: indica repressão ou aversão às necessidades de contato social e afetivo, atitude vigilante, defensiva e de desconfiança em relação aos contatos afetivos ou de demonstração de afeto; e) Muito inclinado para a esquerda: menor que 77,5°: acentuação das características indicadas na inclinação para a esquerda;

f) Inclinação oscilante ou mista: reflete facilidade de adaptação, possibilidade de sintonizar as próprias necessidades com as dos demais, sem perder a individualidade, capacidade de compreender os outros e de levar em conta os próprios anseios e os do grupo; g) Mudança de inclinação: se a inclinação for inicialmente para a direita e vai se modificando progressivamente até se tornar vertical ou inclinada para a esquerda indica que a espontaneidade inicial foi freada por algum motivo, isto é, o desejo de entrar em contato com os outros é reprimido posteriormente; se ocorrer o contrário, isto é, a inclinação dos palos for inicialmente para a esquerda ou vertical e progressivamente vai mudando para inclinação para a direita, revela reserva inicial que a pessoa vai mudando para busca de contato.

2. Distância entre linhas, cuja classificação se dá pelos seguintes pontos de corte: a) de 2,7 a 8,0 mm: relacionamento interpessoal equilibrado, respeitando limites adequados no convívio com os outros, moderação e ponderação no relacionamento interpessoal; b) de 8,1 a 10,7 mm: traduz certo distanciamento no contato com as outras pessoas, precaução e cautela nas suas relações, formalidade nos relacionamentos; c) de 10,8 mm ou mais: expressa maior afastamento no contato com outras pessoas, excesso de cautela nas relações interpessoais; d) de 0 a 2,6 mm: denota falta de escrúpulos e de percepção de limites em relação aos outros; e) Linhas que se tocam ou sobrepostas: forte dificuldade de adaptação aos limites impostos nos relacionamentos interpessoais, comportamento inconveniente e que interfere na vida dos outros; f) Irregular: revela instabilidade nos relacionamentos, com momentos de certa reserva e distância e outros de grande proximidade; g) Crescente: aumento progressivo da distância – indica certa facilidade de estabelecer contatos sociais inicialmente, mas com o passar do tempo tende a tornar-se mais formal e distante; h) Decrescente: diminuição progressiva da distância – denota relacionamento social mais prudente, cauteloso e formal em novos contatos sociais, mas com o tempo vai se tornando mais sociável e adequado.

Procedimento

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, iniciou-se a coleta de dados. A aplicação do instrumento ocorreu nas dependências da Universidade, no turno de trabalho, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O teste foi aplicado coletivamente, com os participantes divididos em grupos de 08 a 12 componentes, em datas agendadas no período entre 07 e 15 de março de 2016, seguindo as instruções padronizadas. Para a

realização do teste pediu-se aos participantes para reproduzir em uma folha de aplicação padronizada palos como vistos no modelo (três palos de 7 mm de altura separados por intervalos de 2,5 mm). Os palos devem ser feitos de cima para baixo, da esquerda para a direita, o mais rápido e melhor possível. Em uma primeira etapa houve um treino para adaptação à tarefa em cinco tempos de 30 segundos. Na segunda etapa prosseguiu-se com a tarefa em cinco tempos de 1 minuto. O tempo total para realização do teste foi de dez minutos.

Resultado e Discussão

A partir da avaliação individual de cada teste, foram alcançados os resultados qualitativos das variáveis selecionadas para examinar o nível de empatia dos participantes. Os resultados foram tabulados e agrupados conforme incidência dos mesmos, para a análise quantitativa. Nos quadros 1 e 2 estão registrados os resultados qualitativos e quantitativos obtidos a partir da análise da inclinação dos palos e da distância entre linhas. As variáveis que não tiveram nenhuma incidência foram mantidas apenas para fins de registro.

Quadro 1. Descrição dos dados sobre a inclinação dos palos, a interpretação e o número de participantes.

INCLINAÇÃO DOS PALOS	INTERPRETAÇÃO	PARTICIPANTES (n)
a) Vertical ou reta, de 84,4° a 98,2°.	Atitude de reserva, pouca necessidade dos outros, frieza e indiferença, atitudes aristocráticas, desconfiança e intransigência.	49
b) Inclinado para a direita: de 98,3° a 105,2°.	Necessidade de contato com as pessoas, adaptação aos gostos e costumes.	02
c) Muito inclinado para a direita:	Valorização dos fatos, pessoas ou coisas, conforme eles lhes inspirem simpatia ou	

105,3° ou maior.	repulsa, excesso de subjetivismo.	-
d) Inclinado para a esquerda: de 77,5° a 84,3°.	Indica repressão ou aversão às necessidades de contato social e afetivo, atitude vigilante, defensiva e de desconfiança em relação aos contatos afetivos ou de demonstração de afeto.	07
e) Muito inclinado para a esquerda: menor que 77,5°	Acentuação das características indicadas na inclinação para a esquerda	-
f) Inclinação oscilante ou mista.	Reflete facilidade de adaptação, possibilidade de sintonizar as próprias necessidades com as dos demais, sem perder a individualidade, capacidade de compreender os outros e de levar em conta os próprios anseios e os do grupo.	04
g) Mudança de inclinação: se a inclinação for inicialmente para a direita e vai se modificando progressivamente até se tornar vertical ou inclinada para a esquerda.	Indica que a espontaneidade inicial foi freada por algum motivo, isto é, o desejo de entrar em contato com os outros é reprimido posteriormente.	03
h) Se a inclinação dos palos for inicialmente para a esquerda ou vertical e progressivamente vai mudando para inclinação para a direita.	Revela reserva inicial que a pessoa vai mudando para busca de contato	

Fonte: dados primários

Em relação à inclinação dos palos, cuja interpretação indica a expressão da personalidade e das características comportamentais no que diz respeito ao contato social e afetivo, o número expressivo de participantes – 49 do total de 65 - que

enquadraram-se na atitude de reserva, pouca necessidade dos outros, frieza e indiferença, atitudes aristocráticas, desconfiança e intransigência, contrasta com apenas quatro incidindo nas características de facilidade de adaptação, possibilidade de sintonizar as próprias necessidades com as dos demais, sem perder a individualidade, capacidade de compreender os outros e de levar em conta os próprios anseios e os do grupo, e somente duas que sugerem necessidade de contato com as pessoas, adaptação aos gostos e costumes.

Da mesma forma, ainda sete participantes incidiram na variável indicativa de repressão ou aversão às necessidades de contato social e afetivo, atitude vigilante, defensiva e de desconfiança em relação aos contatos afetivos ou de demonstração de afeto e outras três cujo desejo inicial de entrar em contato com os outros é reprimido posteriormente.

Portanto, do total de 65 participantes, 58 denotaram, pelo levantamento qualitativo e quantitativo desta variável analisada no teste, características expressivas da personalidade indicativas de baixo nível de empatia. Trata-se de comportamentos apontados na literatura como existentes no meio organizacional, e até predominantes, em razão da construção de ambientes que levam ao afastamento afetivo dos trabalhadores (Tisseron, 2014; Sennet, 2015). Embora os resultados não possam ser generalizados, uma vez que cada empresa possui características que lhe são singulares, assim como as pessoas que nelas trabalham (Biron & Veldhoven, 2012), o baixo nível de empatia é apontado com um dos fatores preocupantes na construção dos relacionamentos inter-relacionais no trabalho (Griffin & Moorhead, 2006, Morin & Aubé, 2009; Spector, 2006). A seguir, apresenta-se a descrição dos dados sobre a distância entre as linhas, a interpretação e o número de participantes (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição dos dados sobre a distância entre linhas, a interpretação e o número de participantes.

DISTÂNCIA ENTRE LINHAS	INTERPRETAÇÃO	PARTICIPANTES (n)
a) de 2,7 a 8,0 mm	Relacionamento interpessoal equilibrado, respeitando limites adequados no convívio com os outros,	

	moderação e ponderação no relacionamento interpessoal.	32
b) de 8,1 a 10,7 mm	Traduz certo distanciamento no contato com as outras pessoas, precaução e cautela nas suas relações, formalidade nos relacionamentos.	02
c) de 10,8 mm ou mais	Expressa maior afastamento no contato com outras pessoas, excesso de cautela nas relações interpessoais.	-
d) de 0 a 2,6 mm	Denota falta de escrúpulos e de percepção de limites em relação aos outros.	05
e) Linhas que se tocam ou sobrepostas.	Forte dificuldade de adaptação aos limites impostos nos relacionamentos interpessoais, comportamento inconveniente e que interfere na vida dos outros.	-
f) Irregular	Revela instabilidade nos relacionamentos, com momentos de certa reserva e distância e outros de grande proximidade.	21
g) Crescente: aumento progressivo da distância.	Indica certa facilidade de estabelecer contatos sociais inicialmente, mas com o passar do tempo tende a tornar-se mais formal e distante.	05
h) Decrescente: diminuição progressiva da distância	Denota relacionamento social mais prudente, cauteloso e formal em novos contatos sociais, mas com o tempo vai se tornando mais sociável e adequado.	-

Fonte: dados primários

No que diz respeito ao desejo de proximidade com outros ou seu distanciamento, levantado pela análise da distância entre linhas, observou-se que 32 participantes (49%) demonstraram características de relacionamento interpessoal equilibrado, respeitando limites adequados no convívio com os outros, moderação e ponderação no

relacionamento interpessoal. Também 21 participantes (33%) incidiram nas características que revelam instabilidade nos relacionamentos, com momentos de certa reserva e distância e outros de grande proximidade. Apenas cinco participantes denotaram falta de escrúpulos e de percepção de limites em relação aos outros e cinco indicaram certa facilidade de estabelecer contato social inicial, mas que com o passar do tempo tendem a se tornarem mais distantes.

O relacionamento interpessoal equilibrado, verificado em quase 50% das participantes, somados à instabilidade nos relacionamentos, em 33% dos participantes, pode resultar em um alto custo emocional, uma vez que combinados com um baixo nível de empatia, tendem a dificultar a manutenção do equilíbrio nas inter-relações e no processo de interação do grupo no dia-a-dia (Giust-Ollivier & Oualid, 2015). A tentativa de preservar o espaço no grupo de trabalho e minimizar as dificuldades, defendendo-se do sofrimento que pode emergir, leva à compreensão de um resultado que aponta relacionamento equilibrado em quase 50%, pois este pode ser a manifestação de uma estratégia defensiva e adaptativa para sustentar positivamente as relações interpessoais no grupo, como referem Dejours, Abdoucheli e Jayer (2015), e Giust-Ollivier e Oualid (2015). Manter a convivência com harmonia em um grupo de trabalho não é tarefa fácil quando há dificuldade em colocar-se no lugar do outro. Atritos e desentendimentos podem permear as relações e resultar em um desgaste numa equipe de trabalho, refletindo negativamente em sua produtividade e nos resultados do trabalho.

Considerações Finais

No presente trabalho buscou-se avaliar o nível de empatia em um grupo de trabalhadores da área de limpeza e serviços gerais de uma Instituição de Ensino Superior, a partir da aplicação do teste Palográfico. Inicialmente buscou-se evidenciar a importância desta habilidade nas relações interpessoais em grupos de trabalho, bem como a verificação de sua presença nestas relações.

Os resultados do teste, que foram levantados a partir da análise qualitativa das variáveis selecionadas para examinar o nível de empatia dos participantes, denotaram características expressivas da personalidade indicativas de baixo nível de empatia no grupo pesquisado. Neste sentido, observou-se a utilidade e importância do uso do teste Palográfico para identificar o nível de empatia no comportamento individual e grupal, e

a necessidade de desenvolver esta habilidade no referido grupo a fim de melhorar as relações interpessoais no trabalho.

O desenvolvimento de grupos de trabalho depende de vários fatores interdependentes para que seja otimizado. Para que isso aconteça, é fundamental identificar as características comportamentais dos seus participantes, a fim de propiciar melhores intervenções para que alguns mecanismos comportamentais possam ser desenvolvidos e colocados em marcha, como a empatia e a colaboração. A empatia, ainda que pouco estudada neste contexto, pode ser um diferencial, vista como um conjunto de esforços fornecidos para acolher outrem em sua singularidade, e parece ser fundamental para a construção de vínculos e a harmonização entre pessoas, que não têm nenhum outro laço precedente envolvido.

Para ampliar a compreensão do comportamento humano nas organizações há que se analisar em maior profundidade os fenômenos do campo grupal que se forma pela interação humana. De outra parte, a busca do sentido das ações humanas, implicam necessidades, sejam elas individuais ou sociais, manifestadas pelo psiquismo de cada sujeito, isoladamente ou em interação.

Com um campo tão vasto ainda a ser explorado, e que parece ser inesgotável, uma vez que novos fenômenos comportamentais surgem com a própria evolução do homem em sociedade, muitas pesquisas darão continuidade às discussões, enriquecendo a ciência com seus postulados, e quem sabe, ou principalmente, contribuindo com avanços científicos, sociais e organizacionais sobre este tema.

Referências

- Albrecht, K. (2006). *Inteligência social*. São Paulo: M. Books.
- Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2004). *O teste palográfico na avaliação da personalidade*. São Paulo: Vetor.
- Batitucci, M. D. (2002). *Equipes 100%: O novo modelo do trabalho cooperativo no 3º milênio*. São Paulo: Pearson.
- Belasco, J. A. (2005). *Ensinando o elefante a dançar: como estimular mudanças na sua empresa*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bennet, J. M. (1979). Overcoming the golden rule: empathy and sympathy. In: D. NIMMO (Ed.), *Communication Yearbook 3*. New Brunswick, NJ: Transaction Books, 407-422.

- Biron, M. & Veldhoven, M. V. (2012). Emotional labour in service work: Psychological flexibility and emotion regulation. *Human Relations*, v. 65 (10), 1259-1282.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (2015). *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dietz, J. & Kleinlogel, E. P. (2014). Wage cuts and managers' empathy: How a positive emotion can contribute to positive organizational ethics in difficult times. *Journal Business Ethics*, 119, 461–472.
- Falcone, E. M., Ferreira, M. C., Luz, R., Fernandes, C., Faria, C., D'Augustin, J., Sardinha, A., & Pinho, V. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7, 321 – 334.
- Gardenswart, L.; Cherbosque, J. & Rowe, A. (2012). *Inteligência emocional na gestão de resultados*. São Paulo: Clio Editora.
- Giust-Ollivier, A. C., Oualid, F. (2015). *Les groupes d'analyse des pratiques*. Toulouse: Érès.
- Griffin, R. W. & Moorhead, G. (2006). *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Ática.
- Guedon, D., & Bernaud, J. (2008). *Le retour de l'empathie: Du construit psychologique original à l'empathie organisationnelle perçue*. In.: www.apio.ro/pru/index.php/prujournal.
- Hochmann, J. (2012). *Une histoire de l'empathie*. Paris: Odile Jacob.
- Ickes, W., & Simpson, J. A. (1997). Managing empathic accuracy in close relationships. In.: ICKES, W. *Empathic accuracy*. New York: Guilford Press.
- Koller, S. H., Camino, C., & Ribeiro, J. (2001). Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, v.18, 43-53, setembro/dezembro.
- Lecomte, J. (2014). *La bonté humaine: altruisme, empathie, générosité*. Paris: Odile Jacob.
- Marandon, G. (2003). Au-delà de l'empathie, cultiver la confiance: clés pour la rencontre interculturelle. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, n. 61-62, 259-282.
- Morin, E. M., Aubé, C. (2009). *Psicologia e gestão*. São Paulo: Atlas.

- Moscovici, F. (2003). *A organização por trás do espelho: reflexos e reflexões*. 2 ed. Rio de Janeiro: José Olímpio.
- Oliveira, M. A. (2010). *Comportamento organizacional para gestão de pessoas: como agem as empresas e seus gestores*. São Paulo: Saraiva.
- Pavlovich, K., & Krahne, K. (2012). Empathy, Connectedness and Organisation. *Journal Business Ethics*, 105, p.131-137.
- Sampaio, L. R., Camino, C. P. S., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (2), 212-227.
- Sennet, R. (2015). *A corrosão do caráter*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Record.
- Spector, P. E. (2006). *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva.
- Tisseron, S. (2014). *L'empathie au coeur du jeu social*. Paris: Albin Michel.
- Vergara, S. C., & Davel, E. (2010). Gestão com pessoas, Subjetividade e Objetividade nas Organizações. In.: S.C. Vergara & E. Davel (Org.). *Gestão com pessoas e subjetividade*. São Paulo: Atlas.

Processo de aprendizagem do Psicodiagnóstico Miocinético segundo a percepção dos estudantes

Paulo Francisco de Castro
Universidade de Taubaté

Resumo: O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) é um teste psicológico expressivo que, em linhas gerais, avalia características de personalidade por meio de desvios obtidos por diferentes tipos de movimentos sistemáticos. O objetivo deste trabalho é discutir o processo de aprendizagem do PMK, a partir da percepção dos acadêmicos que cursaram disciplinas sobre o teste. Participaram do estudo 159 acadêmicos do 5º período do Curso de Psicologia de duas universidades paulistas, com idade entre 19 e 57 anos ($M=26,6$), maioria do sexo feminino (81,8%; $n=130$) que responderam a um questionário elaborado para a coleta de dados deste trabalho. O referido instrumento apresentava oito questões objetivas sobre o PMK, de análise objetiva em que o aluno deveria assinalar o grau de dificuldade em uma escala entre 1 (muito fácil) e 5 (muito difícil), além de duas questões abertas sobre pontos que podem facilitar e dificultar a aprendizagem. Após levantamento dos dados das questões objetivas, observou-se que o item que foi identificado como sendo o de maior dificuldade foi a mensuração dos traçados ($M=3,7$), seguido do da contagem dos movimentos e a observação final dos traçados ($M=3,5$) na aplicação. Os itens classificados com dificuldade intermediária foram referentes à interpretação dos dados obtidos no gráfico e o significado interpretativo de cada fator ($M=3,4$), o manuseio dos anteparos e anotação dos traçados durante a aplicação ($M=3,3$) e a organização dos dados obtidos na interpretação final do teste ($M=3,3$). Os itens considerados mais fáceis na aprendizagem do PMK foram a fundamentação teórica do teste ($M=2,8$) e as instruções apresentadas para a execução de cada movimento para a aplicação ($M=2,8$). No que se refere às questões abertas, as ações pedagógicas do professor foram percebidas como elemento que facilita a aprendizagem e as questões técnicas do teste como fator que a dificulta. Em síntese, foi observado que a mensuração foi considerada como o aspecto de maior dificuldade, seguida da aplicação e interpretação, o papel do professor é importante no processo de aprendizagem que deve atentar aos elementos técnicos do PMK em sua prática pedagógica. Assim, estes aspectos devem ser enfatizados no ensino do PMK com vistas à formação para o uso correto deste teste durante a graduação.

Palavras-chave: *Avaliação Psicológica; Aprendizagem; Psicodiagnóstico Miocinético.*

Introdução

O desenvolvimento histórico da área de avaliação psicológica está intimamente relacionado ao próprio avanço e amadurecimento da Psicologia, enquanto campo de conhecimento científico e área de atuação profissional. Desde a década de 1930, diante da necessidade de maior compreensão de vários fenômenos psicológicos, observa-se a presença de atividades relacionadas à avaliação psicológica, pelos profissionais da área que, à época eram designados de ‘psicologistas’, em concordância com os movimentos mundiais de desenvolvimento do conhecimento em Psicologia. Historicamente, há grande importância desse grupo profissional para a constituição da profissão, marcando a gênese do que seria a Psicologia no país, permitindo identificar forte associação entre os avanços da avaliação psicológica e da própria Psicologia no Brasil (Alchieri & Cruz, 2003; Custódio, 2007; Silva, 2011).

Além de se configurar, legalmente, como prática privativa do psicólogo, a avaliação psicológica pode ser considerada como um dos pilares da atividade profissional em psicologia, pois independente da sua área de atuação e orientação

teórica, a primeira ação do psicólogo, no sentido de estudar e compreender a situação que demanda uma ação efetiva, é a de avaliar. Assim, para a efetividade do processo de avaliação psicológica, quatro componentes devem ser perfeitamente articulados: objeto, campo teórico, objetivo e método, preocupando-se com as bases científicas e rigor metodológico (Cruz, 2002; Pacheco, 2005).

Pela relevância do tema, o ensino da avaliação psicológica foi foco de vários estudos, com diferentes objetivos específicos, mas sempre na direção de reflexões sobre diferentes componentes referentes à formação em psicologia, com ênfase nas estratégias de ensino e aprendizagem da área. Pesquisas sobre os instrumentos a serem apresentados, estratégias de ensino, conteúdos apresentados nos cursos, facilidades e dificuldades no entendimento dos diversos conteúdos, com vistas a uma formação crítica e reflexiva são focos das diferentes pesquisas sobre o assunto.

Os cursos de graduação e de pós-graduação em Psicologia devem garantir a habilitação do profissional ao uso criterioso e consciente dos recursos a serem empregados nos processos de avaliação psicológica, compreendendo-o como uma estratégia para a compreensão do fenômeno psicológico e não um fim em si mesma. A avaliação psicológica, nesse sentido, vai além da aplicação de testes, embora faça parte de seu processo integralizado, mas sim, o estudo teórico e técnico daquilo que precisa ser melhor compreendido (Alchieri & Bandeira, 2002; Alves, 2005; Bandeira, 2011; Bardagi, Teixeira, Segabinasi, Schelini & Nascimento, 2015; Borsa, 2016; Brandão, 2007; Castro, 2013; Loureiro, 2007; Miguel, 2014; Noronha & Alchieri, 2004; Noronha, Carvalho, Miguel, Souza & Santos, 2010; Noronha & Reppold, 2010; Noronha et al., 2005; Noronha, Castro, Ottani, Barros & Santana, 2013; Nunes, Muniz, Reppold, Faiad, Bueno & Noronha, 2012; Pacheco, 2005; Primi, 2010; Reppold & Serafim, 2010; Sosa, 2005).

As reflexões sobre o ensino da avaliação psicológica é um tema que se apresenta há tempos, observa-se publicações sobre o assunto no final do século passado (Custódio, 1995; Jacquemin, 1995), como marcos iniciais de grande preocupação sobre o assunto, chegando-se, nesse período, a um conjunto de sugestões dos autores que poderiam ser consideradas para a prática eficiente na formação. Após a apresentação das Diretrizes Nacionais para os Cursos de Psicologia, essa discussão é retomada, agora com mais ênfase, no sentido de se considerara o conjunto de normativas das referidas diretrizes para a formação na área (Borsa, 2016; Brandão, 2007; Löhr, 2011, Noronha et al., 2010; Nunes et al., 2012; Reppold & Serafim, 2010).

O PMK pode ser considerado como uma técnica gráfica com características expressivas (Cunha, 2003; Van Kolck, 1981). Utiliza a análise de diferentes traçados que o sujeito faz a partir de sete diferentes tarefas, resultado de movimentos repetitivos que o indivíduo realiza a partir de modelos pré-estabelecidos, inicialmente com controle visual para que a tarefa seja compreendida, para depois repeti-los sem controle visual para que as características possam ser manifestadas de forma mais fiel (Mira, 2014).

Computando-se as medidas dos desvios sistemáticos entre os traçados realizados pelo avaliado, considerando-se o modelo inicial como partida, é possível identificar importantes componentes da personalidade como tônus vital, agressividade, extra-intratensão, emotividade, excitação-inibição e impulsividade (Cunha, 2003; Mira, 2014). Assim, pode ser utilizado como recurso para investigação desses aspectos de forma indireta, sem a possibilidade de simulações ou dissimulações.

O teste foi apresentado em 1939, por seu idealizador, Prof. Emilio Mira y López, responsável pelo seu desenvolvimento e pesquisas, principalmente no Brasil, depois que aqui firma residência, tornando-se pessoa de extrema importância para o desenvolvimento da Psicologia brasileira (Rosas, 1995). É utilizado principalmente na área de avaliação psicológica em vários contextos tais como avaliação para motoristas, forense, seleção, entre outros (Cunha, 2003; Mira 2014; Van Kolck, 1981).

Por outro lado, como já comentado por Cunha (2003), trata-se de instrumento com certa controvérsia, pelo fato dos traçados poderem sofrer interferência de outros fatores psicopatológicos. Sisto (2010) produz uma crítica ao PMK, principalmente no que se refere às questões de validade do instrumento e pauta, para isso, suas reflexões no manual do instrumento anteriormente publicado e Martins (2014) apresenta uma posição contrária ao uso do teste, por entender que o mesmo tenta avaliar a personalidade de forma acrítica e sem considerar as questões sociais e históricas dos indivíduos.

Além disso, a questão da validade do teste também é discutida por Vasconcelos, Nascimento e Sampaio (2011) e Vasconcelos Sampaio e Nascimento (2013) em duas pesquisas sobre sintomas psicopatológicos e predição de desempenho no trabalho, respectivamente. Em relação a esta questão, Alves (2003) reforça que o comprometimento das interpretações, o que poderia inviabilizar a utilização do instrumento de forma eficiente, centra-se em erros de aplicação e falta de domínio da técnica que, por suas especificidades, devem ser rigorosamente cumpridos.

Observa-se que estudos apontam certa deficiência na validade do PMK (Martins, 2014; Sisto, 2010; Vasconcelos et al., 2011; Vasconcelos et al., 2013). Entretanto, os próprios autores refletem que a pequena amostra e a uniformidade dos participantes são aspectos que devem ser considerados e as conclusões devem ser tomadas com cautela. No sentido contrário, os trabalhos de Esteves, Bardella, Almeida, Bardella e Alves (2004) e Rueda e Lamounier (2006) descrevem a utilização do PMK como estratégia para avaliação em motoristas, indicando a eficiência do teste para esse fim. De qualquer forma, independente da posição adotada, seja ela de aceitação ou de crítica, após a publicação recente do material do teste (Mira, 2014), o PMK recebe parecer favorável para utilização pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), configurando-se como um instrumento eficiente e válido para avaliação da personalidade dos indivíduos.

Especificamente em relação ao ensino do PMK, Alves (2003) informa que o teste era ensinado em 47,7% das 65 instituições que foram pesquisadas à época, configurando-se como o sexto instrumento de maior incidência na apresentação aos alunos de graduação. Sardinha, Alves e Rosa (2014) assinalaram o PMK como um dos instrumentos expressivos mais incidentes quanto ao ensino. Além disso, a importância da apresentação do PMK no ensino de graduação é assinalada por Alves, Alchieri e Marques (2002). Entretanto, no levantamento realizado em instituições de ensino paulistas, observou-se que o teste era apresentado em apenas dois currículos analisados (Castro, 2013).

Paula, Pereira e Nascimento (2007), em levantamento feito sobre a opinião de estudantes sobre o ensino em avaliação psicológica, observaram que o PMK não constava na lista de instrumentos que foram ensinados nas disciplinas obrigatórias ao grupo de alunos, entretanto, era citado como um de maior incidência no uso dos estágios, o que revela certo descompasso entre o ensino e a prática em relação a esse teste.

Objetivo

Refletir sobre o processo de aprendizagem do Psicodiagnóstico Miocinético - PMK, segundo a percepção dos estudantes, no sentido de identificar os componentes que possam interferir positiva e negativamente na aquisição dos conhecimentos do referido instrumento de avaliação psicológica.

Método

Participaram do presente estudo 159 estudantes devidamente matriculados no 5º período do Curso de Psicologia de duas Universidades paulistanas, com idade entre 19 e 57 anos ($M=26,6$) e em sua maioria do sexo feminino (81,8%; $n=130$).

Todos acadêmicos responderam a um questionário, elaborado para a finalidade de coleta de dados sobre o PMK, contendo oito questões objetivas sobre componentes da aprendizagem do teste acerca da fundamentação teórica, aplicação, mensuração e interpretação. Para essas questões, os participantes deveriam assinalar o grau de dificuldade em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, desde 1 (muito fácil) até 5 (muito difícil) para cada um dos aspectos investigados. Por fim, respondiam a duas questões abertas sobre fatores que contribuíram positivamente e fatores que poderiam ter prejudicado o aprendizado.

Resultados e Discussão

Os questionários foram analisados a partir do levantamento quantitativo das respostas das questões objetivas e categorização das respostas obtidas nas perguntas abertas. Obtendo-se os resultados como segue:

Tabela 1. Distribuição do grau de dificuldade dos aspectos envolvidos na aprendizagem do PMK

Item analisado	Muito Fácil 1		Fácil 2		Médio 3		Difícil 4		Muito Difícil 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fundamentação Teórica	7	4,4	49	30,8	75	47,2	22	13,8	6	3,8
Aplicação 1 - Instruções	9	5,7	55	34,6	63	39,6	21	13,2	11	6,9
Aplicação 2 - Observação	3	1,9	15	9,4	65	40,9	54	33,9	22	13,8
Aplicação 3 - Anotações	6	3,8	29	18,2	55	34,6	41	25,8	28	17,6
Mensuração	2	1,3	12	7,5	47	29,6	60	37,7	38	23,9
Resultados - Tetron	6	3,8	41	25,8	61	38,3	32	20,1	19	11,9
Interpretação 1 - Gráficos	2	1,3	15	9,4	72	45,3	48	30,2	22	13,8
Interpretação 2 - Geral	1	0,6	21	13,2	76	47,8	43	27,1	18	11,3

Tabela 2. Médias do grau de dificuldade dos aspectos envolvidos na aprendizagem do PMK

	Muito Fácil 1	Fácil 2	Médio 3	Difícil 4	Muito Difícil 5	Média
Fundamentação Teórica	7	49	75	22	6	2,8
Aplicação 1 - Instruções	9	55	63	21	11	2,8
Aplicação 2 - Observação	3	15	65	54	22	3,5
Aplicação 3 - Anotações	6	29	55	41	28	3,3
Mensuração	2	12	47	60	38	3,7
Resultados - Tetron	6	41	61	32	19	3,1
Interpretação 1 - Gráficos	2	15	72	48	22	3,4
Interpretação 2 - Geral	1	21	76	43	18	3,3

Diante dos dados expostos nas Tabelas 1 e 2 foi possível classificar os componentes destacados quanto à aprendizagem do PMK, de acordo com o grau de dificuldade avaliados pelos acadêmicos. Observa-se que o item de maior dificuldade percebido pelos alunos relaciona-se aos procedimentos adotados para a mensuração dos traçados, relativo à medida dos desvios encontrados em cada um dos exercícios do teste. Esse item foi classificado como difícil e muito difícil por 61,6% dos alunos, com média de dificuldade em 3,7 em uma escala de um a cinco. Em seguida, tem-se os procedimentos técnicos para a aplicação do PMK, no que se refere à contagem dos movimentos executados, além da observação final dos exercícios, ou seja, os critérios adotados para a suspensão e registro final dos traçados. Esse tópico foi identificado como difícil e muito difícil por 47,7% dos participantes, gerando uma média de dificuldade em 3,5.

Alves (2003) destaca que as questões técnicas de aplicação podem prejudicar a avaliação adequada dos dados do PMK, compreendendo a referida questão como muito importante para a prática do teste. Indica certa incidência de erros de aplicação que comprometem o trabalho com o instrumento e que devem ser constantemente observados pelos alunos no processo de aprendizagem.

Foi possível também verificar os itens classificados com dificuldade intermediária pelos estudantes. Inicialmente, tem-se a interpretação dos dados obtidos por meio da análise dos gráficos e seus significados interpretativos para cada fator do teste, para esse item 54,7% dos estudantes indicaram dificuldade como fácil ou média, com ponderação em 3,4. Segue as estratégias de aplicação no que se refere ao manuseio

dos anteparos e registros necessários para a verificação dos traçados, classificada com dificuldade fácil ou média por 52,8%, ponderado em 3,3. Também há a organização geral dos dados obtidos, para a interpretação global de forma integrada, com classificação média de dificuldade para 47,8% dos alunos, e ponderação também em 3,3. Ainda há a ponderação dos resultados obtidos, a partir do levantamento das medidas de Tetron a partir da mensuração dos traçados, identificado como médio por 38,3% dos estudantes, perfazendo média de 3,1 em relação à dificuldade.

Os itens considerados mais fáceis na aprendizagem do PMK foram os elementos relativos à aplicação no que se refere às instruções fornecidas para cada execução dos diferentes movimentos, com 74,2% de avaliação como fácil e média, com ponderação em 2,8. Por fim, a compreensão dos conceitos apresentados, bem como as teorias que fundamentam o teste, com grau de dificuldade fácil e médio indicado por 78% dos estudantes, com média também em 2,8.

Em relação às questões abertas apresentadas aos estudantes, as respostas foram agrupadas em categorias referentes aos fatores de contribuição positiva e fatores que prejudicam o processo de aprendizagem do PMK. No que tange aos fatores positivos para a aprendizagem, o de maior incidência se refere às questões pedagógicas de ensino do teste, principalmente ligadas às ações do professor da disciplina. Esse aspecto foi apontado por 86,8% ($n=138$) dos estudantes que justificaram que as estratégias didáticas utilizadas pelos docentes, por meio de explicações detalhadas, clareza das exposições e exemplos foram favoráveis à aprendizagem. Além disso, expõem que a experiência do professor e a repetição das explicações permitiram que o conteúdo apresentado fosse mais facilmente assimilado. A qualidade dos professores também é observada no estudo de Paula et al. (2007), indicada em terceiro lugar em relação aos aspectos positivos na aprendizagem de avaliação psicológica, conforme análise de estudantes.

Outros dois pontos, apesar de serem indicados em menor incidência, merecem destaque como fatores facilitadores da aprendizagem do PMK: a prática e a exatidão do teste. A questão da importância das atividades práticas de aplicação, correção e interpretação foi apontada por 13,2% ($n=21$) dos estudantes, justificando que o treinamento das diferentes etapas do teste possibilita melhor compreensão do conteúdo pelo fato de conseguirem experienciar, de forma direta, o conteúdo teoricamente exposto em sala de aula.

Um grupo de estudantes (8,8%; $n=14$) destacou que a exatidão dos dados obtidos e a objetividade das informações colhidas pelo instrumento tornaram o conteúdo

apresentado mais fácil para compreensão. A importância da prática para a aprendizagem em avaliação também é destacada no estudo de Paula et al. (2007), segundo a percepção de acadêmicos. A importância das atividades práticas, como estratégia fundamental ao ensino de avaliação psicológica, principalmente no que se refere ao treinamento dos testes, é assinalada em reflexões sobre o tema (Bardagi et al., 2015; Borsa, 2016; Castro, 2013; Noronha et al., 2010; Noronha et al., 2013; Nunes et al., 2012; Reppold & Serafim, 2010)

Identificou-se, por meio das respostas dos alunos, fatores que possam ter prejudicado ou dificultado a aprendizagem do PMK. Esses componentes são importantes para que seja possível destinar mais atenção aos itens que possam interferir negativamente na apresentação do conteúdo do teste. Com maior incidência (76,1%; $n=121$) tem-se as questões técnicas e próprias do instrumento, destes, uma parte dos alunos (36,5%; $n=58$) indicou que o conteúdo apresentado mostra-se com grau elevado de dificuldade, queixaram-se da complexidade do teste, necessidade de outros conhecimentos prévios para sua compreensão e excesso de detalhes da técnica. Relataram que a mensuração apresenta grande dificuldade pelo fato de aplicar conhecimentos objetivos e relacionados à matemática que, segundo esse grupo (23,9%; $n=38$) são conteúdos mais complexos na rotina do estudante de Psicologia.

Paula et al. (2007) revelam que os alunos pesquisados indicaram questões de conteúdo como aspectos negativos para a formação academia em avaliação psicológica. Em contraposição, 18,2% ($n=29$) dos estudantes relataram que não observaram fatores que possam ter prejudicado a aprendizagem.

Considerações Finais

Muito se discutiu, e ainda se discute, sobre as questões de ensino e aprendizagem da avaliação psicológica nos cursos de graduação em Psicologia. Tal movimento pode ser compreendido pela importância da área e pela necessidade de formação mais consistente, por se entender que a mesma perpassa por todas as atuações profissionais em Psicologia.

Focando-se a discussão na aprendizagem do PMK de acordo com a percepção de estudantes, foi possível identificar que os pontos de maior dificuldade centram-se na mensuração dos traçados e os procedimentos técnicos de aplicação quanto à contagem dos movimentos e anotações finais dos exercícios. Tal informação pode ser útil para traçar estratégias de ensino que possam dedicar mais atenção e mais tempo nesses

tópicos, para que se garanta a qualidade da compreensão dos elementos, mesmo porque há necessidade de que os movimentos sejam rigorosamente observados e a mensuração seja exata para que as informações de interpretação sejam confiáveis.

Verificou-se ainda os itens classificados com dificuldade intermediária pelos estudantes. Inicialmente, tem-se a interpretação dos dados nos gráficos, manuseio de anteparos na aplicação, organização geral dos dados de interpretação e identificação dos dados ponderados. Esses dados refletem a necessidade de se manter a atenção nesses tópicos no planejamento das aulas. Também foram identificados os itens de maior facilidade como as instruções para a execução dos exercícios e as teorias de fundamentação do teste.

No processo de aprendizagem, os acadêmicos assinalaram que a postura dos professores, suas estratégias de ensino e experiência, além da objetividade do instrumento e as atividades práticas constituíram-se como aspectos que podem facilitar a aprendizagem do PMK. As questões técnicas do teste e seu detalhamento podem interferir negativamente na aquisição dos conhecimentos necessários para sua compreensão.

Os dados expressos neste texto são referentes ao grupo de alunos de duas instituições de ensino que participaram do estudo. Faz-se necessário a ampliação do estudo com outras instituições para que seja possível uma visão mais integral sobre o ensino do PMK.

Referências

- Alchieri, J.C. & Bandeira, D.R. (2002). Ensino da avaliação psicológica no Brasil. In: R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica*. (pp. 35-39). Campinas: IBAP.
- Alchieri, J.C. & Cruz, R.M. (2003). *Avaliação psicológica: conceitos, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alves, I.C.B. (2003). Responsabilidade científico-social na utilização do PMK e o ensino. In: A.P.C.P. Passos & G.C. Câmara (Orgs.). *PMK: Articulações entre ensino, pesquisa e o exercício profissional*. (pp.85-97). São Paulo: Vetor Editora.
- Alves, I.C.B. (2005). A banalização de diagnósticos. *Diálogos* 3, 47-49.
- Alves, I.C.B., Alchieri, J.C. & Marques, K.C. (2002). As técnicas de exame psicológico mais ensinadas nos cursos de graduação de acordo com os professores. *Psico-USF*, 7 (1), 77-88.

- Bandeira, D.R. (2011). Repensando a formação em avaliação psicológica no Brasil. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Ano da avaliação psicológica: textos geradores*. (pp. 129-132). Brasília: CFP.
- Bardagi, M.P., Teixeira, M.A.P., Segabinasi, J.D., Schelini, P.W., & Nascimento, E. (2015). Ensino da avaliação psicológica no Brasil: levantamento com docentes de diferentes regiões. *Avaliação Psicológica*, 14 (2), 253-260.
- Borsa, J.C. (2016). Considerações sobre a formação e a prática em avaliação psicológica no Brasil. *Temas em Psicologia*, 24 (1), 131-143.
- Brandão, E. (2007). O ensino da avaliação psicológica na formação graduada do psicólogo. *Avaliação Psicológica*, 6 (1), 91-93.
- Castro, P.F. (2013). Caracterização do ensino de avaliação psicológica no Estado de São Paulo. *Boletim de Psicologia*, 63 (138), 81-102.
- Cruz, R.B. (2002). O processo de conhecer em avaliação psicológica. In: R.M. Cruz, J.C. Alchieri & J.J. Sardá Júnior (Org.), *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. (pp. 15-24). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A. (2003). Catálogo de técnicas úteis. In: J.A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). (pp. 202-290). Porto Alegre: Artmed.
- Custódio, E.M. (1995). O ensino das técnicas de exame psicológico. *Boletim de Psicologia*, 65 (102), 27-34.
- Custódio, E.M. (2007). Avaliação psicológica: ensino e pesquisa na década de sessenta. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 27 (2), 49-66.
- Esteves, C., Bardella, M.B., Almeida, Y.D.B., Bardella, J.G., & Alves, I.C.B. (2004). Comparação dos resultados do Psicodiagnóstico Miocinético – PMK de belo Horizonte com os de Recife e São Paulo. *Psic*, 5 (2), 36-47.
- Jacquemin, A. (1995). Ensino e pesquisa sobre testes psicológicos. *Boletim de Psicologia*, 65 (102), 19-21.
- Löhr, S.S. (2011). Avaliação psicológica na formação do profissional da Psicologia, algumas reflexões. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Ano da avaliação psicológica: textos geradores*. (pp. 143-149). Brasília: CFP.
- Loureiro, S.R. (2007). Ensino da avaliação psicológica na formação pós-graduada do psicólogo. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 95-100.
- Martins, H.V. (2014). Uma história da psicologia em revista: retomando Mira y López. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66 (3), 5-19.

- Miguel, F.K. (2014). Mitos e verdades no ensino de técnicas projetivas. *Psico-USF*, 19 (1), 97-106.
- Mira, A.G. (2014). *PMK - Psicodiagnóstico Miocinético*. (5ª ed.). São Paulo: Vetor Editora.
- Noronha, A.P.P. & Alchieri, J.C. (2004). Conhecimento em avaliação psicológica. *Estudos de Psicologia*, 21 (1), 43-52.
- Noronha, A.P.P., & Reppold, C.T. (2010). Considerações sobre avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30 (esp), 192-201.
- Noronha, A.P.P., Batista, M.A., Carvalho, L. Cobêro, C., Cunha, N.B., Dell’Aglia, B.A.V., Filizatti, R., Zenorini, R.P.C. & Santos, M.M. (2005). Ensino de avaliação psicológica em Instituições de Ensino Superior brasileiras. *Universitas Ciências da Saúde*, 3 (1), 1-14.
- Noronha, A.P.P., Carvalho, L.F., Miguel, F.K., Souza M.S. & Santos, M.A. (2010). Sobre o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 9 (1), 139-146.
- Noronha, A.P.P., Castro, N.R., Ottani, F., Barros, M.V.C., & Santana, P.R. (2013). Conteúdos e metodologias de ensino em avaliação psicológica: um estudo com professores. *Paidéia*, 23 (54), 129-139.
- Nunes, M.F.O., Muniz, M., Reppold, C.T., Faiad, C., Bueno, J.M.H., & Noronha, A.P.P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 11 (2), 309-316.
- Pacheco, E.M.C. (2005). Produção científica e avaliação psicológica. In: G.P. Witter (Org.), *Metaciência e Psicologia*. (pp. 7-33). Campinas: Alínea.
- Paula, A.V., Pereira, A.S. & Nascimento, E. (2007). Opinião de alunos de Psicologia sobre o ensino em avaliação psicológica. *Psico-USF*, 12 (1), 33-43.
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (esp), 25-35.
- Reppold, C.T., & Serafim, A.J. (2010). Novas tendências no ensino da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 9 (2), 323-329.
- Rosas, P. (1995). *Mira y López: 30 anos depois*. São Paulo: Vetor Editora.
- Rueda, F.J.M., e Lamounier, R. (2006). O psicodiagnóstico miocinético em motoristas: diferenças por gênero, escolaridade e idade. *Avaliação Psicológica*, 5 (2), 179-187.
- Sardinha, L.S., Alves, I.C.B., & Rosa, H.R. (2014). Técnicas de avaliação psicológica ensinadas na graduação em Psicologia. *Comunicações Científicas da 44ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, Ribeirão Preto. CD-ROM.

- Silva, M.C.V.M. (2011). *História dos testes psicológicos*. São Paulo: Vetor Editora.
- Sisto, F.F. (2010). Uma análise das evidências de validade brasileiras do PMK. *Psico-USF*, 15 (2), 141-149.
- Sosa, L.S. (2005). Las técnicas psicológicas y su enseñanza em la universidad. In: A.M. Martoy (Org.), *Diagnósticos e intervenciones: enfoques teóricos, técnicos y clínicos em la práctica psicológica*. (pp. 53-57). Montevideo: Psicolibros.
- Van Kolck, O.L. (1981). *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. (2º vol.). Petrópolis: Vozes.
- Vasconcelos, A.G., Nascimento, E., & Sampaio, J.R. (2011). PMK: validade preditiva do PMK em relação à presença de sintomas psicopatológicos. *Psico-USF*, 16 (2), 143-149.
- Vasconcelos, A.G., Sampaio, J.R., & Nascimento, E. (2013). PMK: medidas válidas para a predição de desempenho no trabalho? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (2), 251-260.

Ser criança com câncer e mãe cuidadora no mundo hospitalar: Discurso, desenho e relato em uma leitura fenomenológica

Raissa Milan Simões

Sonia Grubits

Universidade Católica Dom Bosco

Resumo: O câncer infantil envolve a criança e sua família, em especial sua figura cuidadora, papel quase sempre exercido pela mãe. No câncer, o binômio materno-filial redescobre novas formas de ser e de viver a relação de cuidado, desenvolvimento e mediação entre o mundo hospitalar e o mundo são. Este trabalho tem como objetivo analisar, pela fenomenologia husserliana, como ocorre a experiência concreta das crianças com câncer e de suas mães cuidadoras em um hospital público (Hospital do Câncer Alfredo Abrão – HCAA) através do desenho. A metodologia foi baseada na aplicação de entrevistas fenomenológicas às duas mães cuidadoras e seus dois filhos de 8 e 11 anos de idade, em tratamento no HCAA, durante os anos de 2014 a 2015. As crianças foram convidadas a realizar, junto da entrevista, quatro desenhos (casa, hospital, família e desenho livre). Como resultado, foi obtido o *dasein* dos indivíduos em sua vivência oncológica, como cuidadores e crianças doentes de câncer. Entre as mães, a experiência se mostrou baseada principalmente nas dificuldades e conciliação entre o cuidado e o protagonismo da criança doente no mundo hospitalar e as idas e vindas de internações e cuidados, com seus papéis que precisam continuar exercidos no mundo são. Nas duas experiências se tornou clara a postura de necessidade de vida e de perpassar sobre as incertezas e dificuldades, tanto para os pequenos pacientes quanto para suas mães cuidadoras. Essa perspectiva positiva, ainda que não bem sustentada pela realidade, é atribuída a base que necessita existir para que a experiência continue sendo vivida e haja capacidade de vivência pelos envolvidos, ainda que na ameaça consistente ou confirmada da terminalidade.

Palavras-chave: Criança. câncer infantil, desenho. mães cuidadoras, psico-oncologia.

Introdução

Grande parte dos pacientes que ingressam para tratamento no Hospital do Câncer Alfredo Abrão (HCAA) chega no impacto da descoberta do câncer, etapa dolorosa para o paciente e para suas famílias. Medo, ansiedade, desconhecimentos: emoções e sentimentos intensos ocupam o momento. Nessa fase inicial, crianças e adultos vivem a experiência de maneira muito parecida, com a marca do choque, adaptação e incertezas, porém no tratamento a criança mostra as suas particularidades.

Camacho (2006, p. 182) lembra que essa forma da criança ver e viver o câncer é resultado de sua maneira particular de ser no mundo, há que ser “[...] criança é um jeito-de-ser-no-mundo, que permanece na fluidez do tempo. [...] Esse sujeito aprende dentro de um hospital, face à doença e a morte”. O mundo hospitalar passa a ser um dos principais lugares de ser e de viver da criança com câncer e da mãe cuidadora e a autora memora que o tempo infantil no hospital não é uma “[...] fase chamada infância ou tempo com câncer, mas sim uma vivência de presente que engloba passado e futuro: é um presente distendido do imediato” (p. 182). Tanto mães quanto filhos exercem ali seus papéis fora do lugar ideal, em ajustes para ser e fazer o que sabem de seus papéis que antes viviam no mundo fora do hospital.

A forma com a qual a criança interpreta o câncer não é muito explorada. Raimbault (1979), no entanto, observou que os pequenos sabem quase sempre muito mais a respeito do que vivem do que os adultos avaliam. Em dos relatos presentes em *Crianças e morte: crianças doentes falam da morte, problemas da clínica do luto*, uma delas declarou: “eles nada me dizem, mas eu sei... tenho um tumor. A gente morre... existem crianças que morrem, eu também vou morrer” (s.p.).

Das poucas observações sobre o sentido infantil do câncer e a bastante explorada vivência do ser mãe de uma criança gravemente doente em hospitalização, este artigo foi desenvolvido no interesse de captar aspectos da voz concreta do binômio filho doente e mãe cuidadora, com o uso da escuta materna e do desenho infantil acompanhado de relato verbal como instrumentos. Com a abordagem infantil ancorada ainda no afeto terapêutico (que valora a importância do vínculo afetivo nos resultados da intervenção psicólogo e paciente), esta pesquisa relata os resultados entre 2 sujeitos oncológicos infantis e suas mães cuidadoras, uma biológica e outra adotiva.

Objetivos

Analisar pela fenomenologia husserliana as vivências e experiências e vivências de crianças com câncer em tratamento hospitalar tendo por base o desenho. Junto a isso se soma: identificar as percepções e falas infantis ligadas ao mundo hospitalar, ao câncer e impactos de vida, interpretadas no contexto psicológico da experiência; incorporar o desenho à leitura fenomenológica da vivência infantil do câncer e identificar os principais fatores que atingem o equilíbrio psicossocial infantil e de suas cuidadoras no ambiente hospitalar.

Método

Pesquisa de natureza exploratório-descritiva apoiada na abordagem prática a campo e referencial teórico. Desenvolvida no Hospital do Câncer Alfredo Abrão (HCAA), Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram X, de 9 anos e Y, de 11 anos e suas mães, respectivamente C. (mãe de X) e R. (mãe adotiva de Y., que é sua avó biológica e o cria como mãe desde os 5 anos, com sua guarda legal). A criança mais jovem (x) foi diagnosticada com Leucemia Linfóide Aguda (LLA) aos 8 anos de idade e está com êxito no tratamento e seguindo para manutenção. A segunda criança é Y., diagnosticada aos 5 anos com Neuroblastoma

Abdominal, com diagnóstico tardio e mau prognóstico que se agravou e culminou em sua recente morte.

Os instrumentos da investigação foram uma entrevista semiestruturada às mães, voltada a medir aspectos de sua vivência como cuidadoras de crianças com câncer e a abordagem dialogada fenomenológica aos pequenos pacientes, junto da realização de quatro desenhos (casa, hospital, família e desenho livre), a fim de conhecer o discurso e vivência infantil frente a um severo adoecimento.

O desenho foi utilizado na perspectiva husserliana, para investigação do sujeito e de sua subjetividade na experiência do câncer e hospitalização. Foi uma maneira de enriquecer a abordagem dialogada fenomenológica (Holanda, 2003). A interpretação dos desenhos seguiu a orientação fenomenológica do *phainestai*, que significa “aquilo que se mostra”, e *logos*, que implica em estudo. Logo, estudo do que se mostra.

Enquanto desenhavam, a psicóloga entrou com abordagem dialogada para captar a percepção fenomenológica de pontos-chave com as crianças, a fim de que colocassem o seu posicionamento sobre como viam e viviam o câncer. As mães foram entrevistadas em consultório, posteriormente, também enquanto seus filhos recebiam medicações.

Resultados

R. mãe de Y., relata a história do filho adotivo da seguinte forma: *“a mãe dele o teve com 16 anos, ficou com ele normal. Depois teve mais uma menina. Quando ele tinha 5 anos e a irmã tinha 2 anos e 5 meses, recolhi eles para minha casa, pois estavam com uma vida meio complicada. Mas ele sempre foi uma criança muito chorona. Eu diria que ele era estranho. Muito chorão, muito irritado, ele sentia muitas dores na barriga, dores muito fortes na barriga. Eu levava ele no médico, no posto de saúde... mas falavam que era verme. É verme, é verme”*. Continuou: *“Até que um dia eu não acreditei e pedi um exame mais aprofundado. [...] Descobriu (sic) [...], mas já encaminharam para o Hospital do Câncer no mesmo dia que o médico falou que era um tumor. [...] Foi um abalo para todo mundo. Eu demorei a acreditar que aquilo era verdade. Mas tinha tratamento e eu falei: já que tem, vamos fazer”*.

Afirma que, em sua família ocorreram grandes mudanças: *“meu serviço não é igual, agora é sempre hospital. Então muda, né? Porque às vezes eu viajava, passeava. Agora não vou, pois tenho medo de tirar ele daqui. Na mesma hora que está bom, ele não está. Muda nesses termos, tem que ter mais cuidado com ele”*. R. trabalhava há 20 anos no mesmo lugar e foi apoiada na transição, embora relate as dificuldades: *“no*

início, até pensei em parar porque fiquei com a cabeça voltada para ele. [...] Mas o pessoal do meu serviço foi muito humano. [...] Desse jeito eu fui conseguindo conciliar. Agora já tenho a guarda e consigo os atestados”.

Sobre a vida familiar quanto ao parceiro afetivo, relatou a respeito do impacto da doença de Y.: *“Mudou, porque trabalhar como ele trabalhava, não pode mais. Tem que ficar atento comigo, pois somos eu e ele para trazer e levar. Porque eu tenho duas meninas e enquanto estou aqui, ele fica com as duas menores em casa. [...]. Olha, muda, porque uma doença dessas chega em sua vida e eu nem imaginava que ia passar por isso. Muda, porque você fica preocupada toda hora. Às vezes não é nada, é uma gripe... o meu casamento, a vida que eu tinha só nós, ali, em casa, fica (sic) diferente. O meu casamento: o meu marido não é nem avô deles, assim nem nada. Mas desde o início ele nunca me deixou sempre que eu precisei. Ficar com as crianças, se tiver que ficar aqui ele fica. Mas assim... a vida em si, casamento, assim... para mim e para ele acabou muita coisa. Continua o companheirismo, mas muda. Não tem como não mudar. Aquele tempo que eu tinha, às vezes eu quero cuidar da minha mãe e não dá, porque eu fico aqui. Às vezes meus irmãos ficam meio assim (sic), alguns já entendem que eu não fico em casa. Mas aquele tempo que eu tinha com a minha mãe, de ir lá, eu já não tenho. Aí eu acho que é nesse sentido assim (sic) ”.* Sobre a filha, disse: *“a mãe deu uma mudada. Mas o pai nunca foi presente, mesmo quando descobriu tudo. Não é de ir lá ver ele, a coisa mais difícil que tem. Nem com ajudas materiais nem com a presença. Nem ele nem a outra avó nunca vieram ver ele e nunca se propôs (sic) a dizer ‘eu fico lá essa semana’. Não. Nunca teve esse apoio dela, ele também é muito raro ir lá. Se vai é rapidinho, mas ele (Y.) gosta dele. Ele fica todo ‘felizinho’ quando ele vai lá. A gente até quer falar alguma coisa, mas não fala para não afetar ele. Ela que é mãe dele às vezes quer barrar. Eu falo não... se faz bem para ele...”.*

Para identificar como R. percebia o comportamento após o diagnóstico por parte da criança, foi perguntado sobre mudanças no comportamento, ao que respondeu: *“não, eu não percebo isso nele não. Continua com o mesmo jeitinho dele, carinhoso, toda vida foi. Não sei também, porque ele recebe muito carinho, foi uma criança muito sortuda nesse ponto”.*

A fim de identificar aspectos de positividade e de ajustamento, questionei: *“Mas teve alguma mudança positiva que a Sra. observa ou só perdas na rotina? ”.* Rosa retornou: *“Não tem nada de positivo. Às vezes, tanta coisinha que você achava que era o fim do mundo, já agora essa coisa não é nada. Às vezes, eu vejo os outros reclamando*

de uma coisinha assim... eu até tento falar: nossa, eu também via isso como o fim do mundo, mas tudo se resolve... sempre no final tudo dá certo. Às vezes uma coisinha assim já é o fim do mundo, não vou conseguir... e eu nem imaginava passar por isso e com uma criança... aí tem coisa que a mãe dele fala... estava numa vida difícil de bebida, droga. Eu sinto que a droga ela não usa mais. E eu acho que foi pelo problema dele. Só que ela perdeu muita fase (sic) da vida dele, das filhinhas dela. E eu sinto que ela sente isso, que perdeu e tem até medo de pedir eles. Igual a menor, que só chama ela de mãe porque vê os outros chamando. Daí ela tem noção de que é mãe dela, então só dela ter saído da vida que ela estava já foi um sucesso né..., mas ela não tem aquela força de ver o que eu passei com ele”.

Sobre quais percebiam ser os principais problemas das internações, disse: *“Sente saudades, porque aqui ele não consegue comer, aí ele pede. Aí quando está nessa época aí, ele sente saudades das irmãs. Daí ele pega o telefone e liga para elas. Liga para todo mundo e pergunta se todos estão bem. Ele gosta, adora, visita. Daí ele liga para o tio que ele é muito apegado nele, ele é como um pai, um irmão, porque é referência dele até hoje”.*

Carolina, mãe de X. expressou seus conteúdos a começar pela história breve do nascimento e do comportamento filho, sobre o que questionei: *“a gestação dele foi planejada, foi de parto cesáreo, não precisou ficar internado, graças a Deus. Sempre foi um menino muito saudável, esperto, inteligente. Uma benção na minha vida. ”* Relatou que era casada no nascimento de X. há cerca de seis anos. Sobre o desenvolvimento, afirmou que a criança andou no tempo normal, com nove meses e tirou fralda com um ano e dois meses, em maiores observações.

A respeito de seu diagnóstico, a mãe informou que começou a desconfiar quando: *“nasceram glândulas atrás das orelhas dele, não estava doente, não tinha gripe nem nada. Saíram umas glândulas. [...]: . Passei por vários médicos e todos falavam que era normal, que não era nada. Mas eu passei por um otorrino e ele fez exame de sangue e falou que não estava normal, que era para passar por um hematologista. O hematologista encaminhou ele aqui para o Hospital do Câncer”.* Sobre o impacto do diagnóstico, relatou: *“para todos foi um choque muito grande. Todo mundo perdeu o chão. Mas a gente tem que ter fé em Deus, acreditar e se unir. Unir a família para lutar e conseguir, se Deus quiser”.*

Sobre eventuais mudanças familiares, C. relatou: *“assim, minha família sempre foi unida, mas agora está muito mais unida pelo X. Todos eles: tias, tios, tia-avó, tio-avô,*

bisavô. Todos eles fizeram uma corrente para ajudar a confortar também ele. Às vezes está carente, precisa de atenção e todo mundo trabalha junto para o bem dele”. Sobre mudanças pessoais, disse: “com certeza, mudou muito porque eu trabalhava. Hoje em dia eu não posso trabalhar. Mas mudou também o afeto, porque hoje eu vejo que o meu filho é muito mais importante que qualquer serviço, do que qualquer coisa na minha vida. ” Sobre as possíveis mudanças que atingiram seu parceiro afetivo, a mãe respondeu: “Também muito, muito mesmo (mudou) ”, mas não adentrou no assunto. Quanto a postura da criança depois do diagnóstico, a mãe disse: “Ele mudou. Ele se entristece muito, né? Mas ele está bem, às vezes ele ri, às vezes fica nervoso. Mas a gente vai conseguir”.

As crianças realizaram seus desenhos no HCAA, no consultório em que habitualmente recebem atendimento psicológico, nos dias 26 de maio de 2015 (X) e 10 de agosto de 2015 (Y.). As crianças foram convidadas para irem até o consultório, após esclarecimento junto das mães de que em algum momento seriam chamadas para integrar a pesquisa, dentro das atividades cotidianas de medicação. Ao adentrarem ao consultório, foi solicitado que se sentassem à frente da mesa em local que dispunha de lápis de cor folhas e papel sulfite em branco. Foi pedido que fizessem quatro desenhos: de sua família, do hospital, da casa e o último do que desejassem. Também foi esclarecido que não precisariam desenhar todos no mesmo dia, isso poderia ser feito sempre que tivessem disposição, assim como a ordem dos desenhos era de livre escolha. Os desenhos tiveram início por X.:



Figura 1 – Desenhos de X., respectivamente: o hospital, a casa, a família e desenho-livre (carro veloz).

Fonte: O autor (2015).

X. desenhou primeiro o hospital. Pegou uma folha em branco e começou a traçar com lápis de escrever e depois coloriu o desenho. Encerrado, apresentou e disse:

“pronto, tia! ”. Ao ser solicitado a descrever o que havia desenhado informou “*eu desenhei o hospital. Aqui é o portão onde entram os carros. Esse é o caminho que a gente vai lá, até a porta para entrar. E esse é o estacionamento*”. Após elogios sobre o desenho, foi questionado ao paciente como se sentia ao ir até o hospital. Ao que disse: “*às vezes eu fico triste, porque eu quero dormir a minha mãe sempre me acorda cedo*”. O sono foi a única causa alegada de desconforto em se deslocar até o hospital. Mesmo quando interrogado a respeito se sentiria desconforto quanto a medicações e o momento da quimioterapia, a criança alegou que não havia incômodo.

Questionada sobre o que a fazia gostar do lugar, disse, com alegria: “*A R. (enfermeira da quimioteca), eu brinco com ela!* ”. Questionado sobre se haveria algo mais que o agradava, disse, mantendo o sorriso: “*os brinquedos. Eu também gosto de brincar aqui. Gosto do videogame*”. Então a criança foi questionada se por acaso teria algo que a desagradava na passagem hospitalar, ao que respondeu: “*sim, a comida*”, pois “*o cheiro. Sempre me embrulha o estômago*”. A criança foi esclarecida a respeito da eventual razão disso relacionada aos medicamentos, mas não demonstrou maior interesse no assunto e então pediu para realizar outro desenho.

O desenho que decidiu fazer na sequência foi o de sua casa, assim como o anterior: primeiro riscou a lápis grafite e somente depois começou a colorir. Estava em silêncio, concentrado. Quando terminou, disse: “*pronto, terminei*”. O desenho da casa foi feito com formas soltas, aparentemente sem ligação entre si. Após o agradecimento pelo desenho foi pedido que a criança discorresse sobre o mesmo. Explicou: “*esse aqui é o muro. Tem um portão com um número 301 e aí ao lado tem um portão que é para entrar o carro. E tem um registro de água embaixo do portão. Meus pais querem mudar de casa*”. Questionado sobre se teria feito apenas a frente da casa, disse que sim e quando convidado a desenhar mais, completando o que tinha apresentado, *tem um portão com um número 301 e aí do lado tem um portão que é para entrar o carro. E tem um registro de água embaixo do portão. Meus pais querem mudar de casa*”. Questionei: “*X., então nesse desenho você só fez a parte da frente da sua casa?* ”. X. respondeu: “*sim*”.

Ao ser convidada a completar o desenho, respondeu: “*não, eu não sei desenhar mais*”. Então, a fim de adentrar no assunto do desenho e no que trouxe à tona, foi questionado se a criança – assim como os pais – desejava mudar de casa. Afirmou, com seriedade: “*não, eu não queria. Mas vou ter que ir*”. Ao retornar a razão de ter de ir, pensou e disse: “*porque minha casa é muito pequena e não dá para arrumar as coisas*

lá e meu pai quer que eu tenha uma loja de pipa na minha casa”. Solicitada sobre a descrição de sua casa, disse: *“lá tem um cachorro, uma cama que é do meu pai e da minha mãe, uma churrasqueira que é de tijolo, cadeiras da minha mãe, um quarto de pipa que é do meu pai, minha cama, um sofá e só”*. Sobre a parte preferida afirmou que gostava mais da sala, pois ali havia o televisor. Sobre a menos gostava, o banheiro, *“[...] por causa do barulho da descarga que me dá medo”*. Isso ocorria em razão pelo seguinte evento descrito pela criança: *“não sei, acho que é porque um dia estava no banheiro na casa da minha avó aí quando eu dei a descarga meu primo estava escondido e levei um susto”*. Afirmou associar toda descarga ao susto.

Ao ser elucidado sobre o fato de que muitas vezes as brincadeiras podem ter esses resultados desagradáveis e de que seu primo não estaria no banheiro de sua casa ou mesmo provavelmente não faria a brincadeira de novo, foi perguntado se gostaria de dizer algo mais sobre o seu lar. Não mostrou vontade e disse que gostaria de continuar desenhando, inclusive que não gostaria de parar, não queria pausa: *“prefiro desenhar, eu gosto. Sabia que estou fazendo aula de desenho, tia? Meu amigo está me ensinando”*. Então iniciou o desenho de sua família.

Pouco antes da realização dos desenhos, a mãe de X. relatou que como havia parado de trabalhar pelo tratamento, a família passava por dificuldades financeiras. Quando começou o desenho de sua família, X. estava mais comunicativo. Começou uma brincadeira a fim de que a psicóloga adivinhasse coisas das quais gostava de comer, de brincar e com que letras começavam. Ao concluir, anunciou: *“pronto, tia! Terminei!”*.

Desenhou como os anteriores, primeiro traço e depois cores. Questionado sobre isso, afirmou que o fazia pois, *“[...] porque se eu errar, aí dá para apagar”*. Em sequência afirmou que não gostava de cometer erros. Questionado se seria possível sempre acertar, afirmou que não e quando elucidado a respeito da importância do erro no aprendizado, apenas ouviu em silêncio e não se manifestou. Ao ser questionado se achava sua família feliz ou triste, afirmou: *“feliz”*, pois, *“[...] a gente brinca, eu sempre brinco com meu pai”*. Sobre o que brincavam, disse: *“de lutinha. Eu gosto de apertar o peito dele (risos)”*. Questionado se teria algo mais que gostava de brincar, afirmou: *“sim, de soltar pipa. O meu pai faz pipa e me ensina a fazer também. A gente vai fazer juntos pipas para vender. Vamos montar uma loja”*.

Sobre as atividades que gostava de fazer com a mãe e se brincava com ela, afirmou que: *“às vezes. Mas eu gosto de fazer almoço com ela. O que eu mais gosto de fazer é*

carne”. A criança foi questionada se tinha lembranças de sua família antes do tratamento e afirmou que sim, ao que relatou sobre as diferenças que *“meu pai brincava menos comigo. [...] acho que ele não tinha tempo, ele trabalha muito”*. No entanto afirmou que no presente isso era diferente e o pai brincava, encontrava tempo embora continuasse a trabalhar, quando relatou que agora *“[...] sempre que ele chega do trabalho agora ele brinca comigo”*. Quanto à mãe, refletiu um pouco e respondeu sobre possíveis mudanças: *“só um pouco. Ela parou de trabalhar, né? Ela fica muito junto comigo agora, a gente vem sempre juntos aqui”*. Sobre se preferia a família antes ou depois do câncer, de ter ingressado no mundo hospitalar, a criança respondeu rapidamente: *“como ela é agora”*. A razão alegada para isso foi: *“porque meu pai brinca mais comigo e minha mãe não briga mais comigo como antes. Antes ela brigava, falava para eu fazer as tarefas da escola e agora ela fica mais perto de mim e não briga mais como antes”*. Então decidiu fazer o desenho livre.

Enquanto desenhava, continuou com a brincadeira de adivinhação e o desenho-livre foi o qual mais dedicou tempo. Seu traçado estava mais forte no esboço com o lápis grafite e no momento de colorir. Quando terminou, avisou: *“terminei!”*. Após os elogios ao desenho, foi pedido que comentasse sobre o mesmo, ao que disse ser *“um carro de corrida”* e relatou que gostava de carros e que aquele que havia desenhado era um carro muito rápido. Então, foi questionado sobre se teria algo em sua vida que gostaria que fosse rápido, como o carro, ao que a criança respondeu: *“sim, o meu tratamento”*. A criança foi abordada sobre o papel do tratamento para a sua recuperação e a positividade de recebê-lo, bem como foi lembrada da presença de uma equipe para dar suporte sempre que necessário. Porém não desejava ouvir isso e expressou esse descontentamento, pois queria que fosse rápido. A expressão, no entanto, foi mais física e evidenciada pelo olhar que verbal, pois apenas disse: *“tá”* e não fez mais qualquer consideração sobre o desenho.

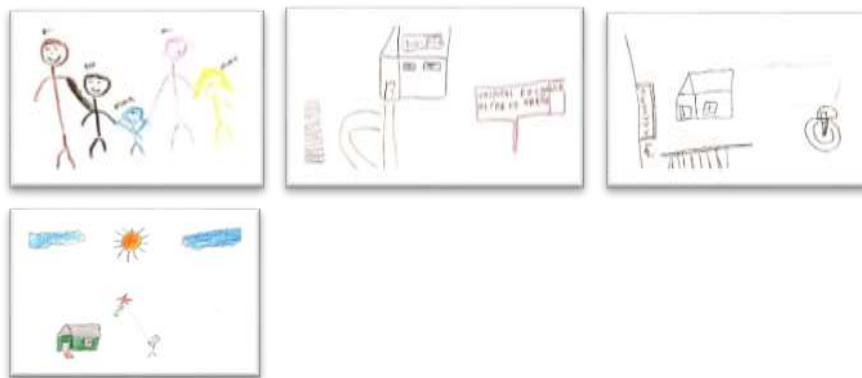


Figura 2 – Desenhos de Y., respectivamente: a família, o hospital, a casa e desenho-livre (casa feliz).

Fonte: O autor (2015).

Os desenhos de Y. seguiram conforme o relato da sequência. O primeiro foi o de sua família, feito em silêncio e escolhendo as cores de cada personagem. Quando terminou, foi solicitado que apresentasse a família e logo disse o nome de cada um deles. Sendo alertado que todos estavam na forma de pequenos “pauzinhos” e se gostaria de desenhar roupas para eles, afirmou que não pois não sabia desenhar roupas. Então foi pedido para que comentasse sobre as cores de cada um. Segundo a criança, o pai (avô) foi desenhado marrom porque é sério, brinca pouco com ele e trabalha muito. Seu autodesenho foi em preto, pois está “doentinho” e na imagem que vê do seu corpo ele está dessa cor. Afirmou que a irmã mais nova é azul, porque é quieta em seu jeito de ser, mas chora bastante. A mãe adotiva (Rosa) desenhou rosa, porque ela é muito amorosa com ele. Por fim, a irmã do meio desenhou de amarelo, porque era muito “sapeca”.

Após agradecimento pela explicação foi perguntado se lembrava da família antes do diagnóstico do câncer e do tratamento hospitalar. Disse: *“bem, lembro que todos eram chatos. Eles brigavam muito comigo. Depois que eu vim para o hospital ficaram mais legais. Meu tio ficava sempre me batendo e minha irmã também. Eu prefiro a minha família depois que vim para o hospital, porque eles pararam de me bater e brigar comigo sem eu fazer nada”*. Sobre mudanças cotidianas durante o tratamento, relatou: *“minha mãe parou de trabalhar e ficou mais legal comigo. Hoje todos brincam comigo e é mais legal! Agora posso fazer o outro desenho?”*. Então desejou fazer o desenho do hospital.

Enquanto desenhava estava mais falante e em alguns momentos apontava algo e solicitava que fosse adivinhado de qual parte do hospital se tratava: *“adivinha qual é*

essa parte do hospital que eu desenhei?”. Quando os erros aconteciam, questionava, divertido: *“como você não sabe o que é isso, tia? É aquela parte do hospital...”* e assim seguiu a brincadeira, até que terminou todo o desenho. Uma vez pronta, a criança explicou a sua produção: *“esse é o hospital. Aqui é a entrada dele. Esse é o caminho que leva até lá, a porta. Onde a gente entra, sabe? Essa é a parte do estacionamento e atrás dele é o portão onde entram os carros. Essa aqui é a placa com o nome do hospital. Eu gosto de vir aqui, sabia?”*.

Questionado sobre o que o fazia gostar de vir até o local, Y. respondeu: *“Ah, eu gosto porque é legal brincar aqui. Eu gosto de brincar com você, com a Tia Luiza (nome fictício para a enfermeira do setor pediátrico), aqui eu jogo videogame e vejo desenhos no Cartoon. Na minha casa eu não tenho isso, mas minha mãe falou que vai comprar, sabia? E eu também gosto dos jogos que têm aqui, a minha mãe sempre joga eles comigo”*. A criança foi também acolhida em relação a sua presença ser bem-vinda e então questionada a respeito de eventuais elementos desagradáveis no hospital. A isso, respondeu: *“sim, eu não gosto quando tem que me furar, mesmo com esse negócio (aponta para o portocath). Tem que furar, dói só um pouco, mas eu não gosto”*.

Perguntado se havia algo mais, respondeu: *“não, só isso! Tem dia que eu nem quero ir embora (risos)”*. A fim de saber a razão pela qual Y. desejaria não ir embora, foi questionado sobre isso e disse: *“é que eu gosto de brincar aqui, como já falei, né? Agora dá para fazer outro desenho?”*. Percebendo o incômodo na criança, o assunto foi encerrado e Y. foi questionado qual seria o próximo desenho. Desejou desenhar sua casa.

Enquanto desenhava voltou a ficar em silêncio, com expressão concentrada. Quando terminou, disse: *“pronto, acabei”*. Sobre o desenho, afirmou: *“bom, esse aqui é o portão. Ele é bem grande e dá para abrir com um controle. Aqui do lado são as plantinhas e uma horta que minha faz. Aqui desse lado é o gira-gira. E esses traços grandes do lado do muro é (sic) da minha casa. Minha casa é pequena, eu queria que ela fosse maior”*. Então a criança foi questionada sobre como se sentia morando ali, ao que disse: *“sim, eu gosto de morar lá, mas como eu disse, preferia que ela fosse maior”* (nesse momento pegou um lápis e fez alguns traçados leves, estendendo o tamanho da sua casa). Sobre a insistência em desejo por espaço, foi feita uma comparação do espaço da casa com o hospital e a criança concordou que era um bom tamanho. Além disso, mencionou: *“é que eu gosto de brincar e lá minhas irmãs brigam comigo, não tem muito espaço!”*. Então a criança foi indagada diretamente: *“você está me dizendo que*

prefere ficar em um lugar sozinho com sua mãe e que esse lugar precisa ser grande? ”. Y. fez outro sinal de positivo com a cabeça e começou a morder o lápis.

Então, houve o ingresso no assunto e que a casa não apresentava nenhuma cor e se a criança não gostaria de pintá-la, ao que disse: *“não! Está bom assim! ”*, da mesma forma que afirmou que as informações sobre o lar estavam encerradas, quando disse: *“eu já te contei tudo. Agora posso desenhar o que eu quero? ”*. Com isso, passou ao desenho-livre.

Pegou mais uma folha e começou o desenho falante, dizendo o quanto gostava de soltar pipa e que X., que é seu amigo na quimioteca, havia dito que lhe daria uma, sobre o quanto as cores as embelezavam. Quando terminou, entregou o desenho, com expressão de felicidade e orgulho. O desenho foi elogiado e solicitado que o comentasse: *“esse sou eu soltando pipa lá na minha casa! ”*. Então foi observada a diferença da casa desenhada dessa vez com a casa anterior, pois essa tinha cores, sol e nuvens e a criança aparecia no desenho com expressão feliz. Y. disse: *“é que eu gosto muito de soltar pipa. O X. disse que iria me dar uma de presente, ele mora lá perto da minha casa, falou que é para eu passar lá para buscar e eu vou lá com a minha mãe, só tenho que escolher a cor! ”*. Continuou: *“ Sim, eu gosto de soltar pipa até com minhas irmãs! ”*.

Então foi adentrado no assunto das irmãs, a respeito de sua relação com as mesmas que hora envolvia satisfação com a presença e amor, hora afastamento. Acreditava que eram chatas e se ressentia pelas brigas e aplicada a metáfora relatada literalmente que foi um ponto central da abordagem de Y. A psicóloga disse: *“Y., me conta uma coisa: o que precisa para a pipa ficar lá no céu como está essa do seu desenho? ”* Y. pensou um pouco e respondeu: *“de vento, mas não é sempre que tem e isso é chato. Às vezes ela está lá em cima e [...] cai, eu já perdi uma pipa assim”*. Então foi prosseguido: *“Sabe, Y., acho que essa pipa e o vento se parecem com o tratamento que você faz aqui no hospital. Tem hora que está bem e está igual a pipa lá no céu. Tem certos momentos que não tem vento e a pipa cai, como tem certos momentos aqui no hospital que você fala para a tia que está sentindo dorzinha na barriga e que não está muito legal”*.

Y. refletiu sobre o assunto e respondeu: *“Sim! Mas sempre tem vento né, tia, é que as vezes ele não é muito forte”*.

A conclusão da criança foi trabalhada com elogios e reforçada a presença e o apoio que teria no ambiente hospitalar, no êxito e no fracasso do tratamento, conforme sua linguagem. A criança olhou sorridente e por si encerrou a abordagem quando disse:

“está bom. Mas agora vamos brincar de alguma coisa? Não quero mais fazer desenho! A gente pode jogar um jogo?”.

Discussão

O relato da experiência das mães mostra o choque esperado do diagnóstico, que rompe com a segurança da infância e da vida infantil, trazendo luto e contato com o conceito e possibilidade de morte (Souza *et al.* 2012). A possibilidade de vivenciar e elaborar esses sentimentos depende da personalidade de cada família e indivíduo e da realidade dos casos. Para as mães, o principal acometimento do câncer além dessa situação de ruptura, é o abandono do papel materno desenvolvido na vida saudável e a transição para ser mãe cuidadora e viver nas idas e vindas do universo hospitalar (Luzzato & Gabriel, 1998), algo que envolve reelaboração de planos e frustrações.

Crianças e cuidadores passam por uma complexa adaptação ao entrar no mundo hospitalar que, embora todo núcleo vivencie esses quadros, são eles os mais tensionados (Motta, 1997). Nas crianças, depressão e estresse são muito comuns durante o tratamento, em especial no primeiro ano (Sawyer *et al.*, 1995) e as duas cuidadoras relataram momentos de maior ou menor disposição infantil delineando este quadro. Mulhern (1994) também atenta para essa situação volitiva e humores, que como notado nos dois casos relatados, hora podem resultar em estados de espírito mais positivos, hora menos dispostos e entristecidos.

As mães cuidadoras são os principais pilares da organização prática do tratamento (Clarke *et al.*, 2005; Young *et al.*, 2002) e os relatos observados reforçam essa percepção. Embora a maior parte do núcleo tenha passado por alguma adaptação, é delas a maior tarefa de se estenderem na gestão da antiga vida e suas necessidades e na adaptação à nova, o que nem sempre ocorre sem desistências, inclusive dos papéis profissionais quando não há suporte. Entre as observadas, no entanto, foi constata a presença do fator determinante da resiliência, que auxilia no perpasso e ajustamento, para que possam continuar como mães nas tensões e incertezas da maternagem na oncologia (Almeida *et al.*, 2006).

Dentre as crianças, considerando seus discursos e desenhos, foi possível perceber a alta valorização lúdica e a presença de desconfortos e incômodos esperados ao tratamento (sensibilidade gástrica, náuseas, vômitos, dores, medo). No entanto, frente esses a ludicidade tem intensa importância e o desejo por uma rotina positiva *idem*. Os discursos e desenhos das duas crianças observadas mostram o desejo por personalidade

(o espaço para viver só com a mãe de Y., o desejo de não mudança e vinculação de X.) e reforçam a busca pela estabilidade e redução das rupturas que, conforme Hockenberry-Eaton & Minick (1994), assim como Almeida (2005), representam movimentos basilares de pequenos pacientes já tão drasticamente movidos de sua estabilidade.

O lar, para ambas as crianças, foi retratado como âncoras de estabilidade e de sua situação concreta frente ao tratamento, sofrimento e situações da vida: a casa indefinida de X., se dissolvendo frente à mudança e a casa de X. que se transforma da dura realidade de traços negros para a casa colorida com o espaço e saúde idealizados ilustrados.

Como estão há um tempo considerável afastadas ou em círculo constante entre hospital e o seu lar, as retratações dos espaços íntimos (casa) são precárias de detalhes, mas as que se referem ao hospital, ricas. Grubits (2003) oferece uma leitura importante sobre isso, quando menciona que em geral a retratação da casa costuma ser feita com esmero detalhista, mas as rupturas terminam intervindo neste padrão e criando reproduções distantes ou dissociadas da presença e da proximidade.

Os desenhos das famílias mostram a previsível proximidade exclusiva nuclear e valoração dessa presença citada por Clarke *et al.* (2005) e Marques (2004), com as crianças se inserindo nos contextos familiares, retratação de seu apoio e vinculação. O desejo de cura é evidenciado nos desenhos, seja nas cores positivas e velocidade do carro de X., em que conduz tudo ao seu tempo ou na casa idealizada do desenho-livre de Y., em que tudo ocorre de um modo feliz e como esperava após a cura que não veio. Todas as situações e retratações ricas em detalhes implícitos e que ilustram o que Motta e Enumo (2004) elucidaram: o câncer retira da criança a capacidade de projetar o futuro e muito do total anterior de alegria e ludicidade. Seu universo se torna muito realista e subjetivo com preocupações e riscos de morte. Isso modifica a forma com qual interpretam e se colocam na vida e com seus desenhos não ocorre de modo diferentes: as projeções são imediatas, para o agora, para a infância, para momentos no máximo pouco distantes.

Por fim, uma observação dos desenhos sobre o luto sobre si e sobre o seu corpo nos desenhos de Y., sempre autorretratado em cor preta (indicadora de sofrimento) (Quiles, Van-der Hofstadt & Quiles, 2004), tanto retrata a dor do corpo que sofre e sorri ainda assim, quanto o luto da perda da funcionalidade corporal por um tratamento avançado, prolongado e debilitante – como foi o de Y., até a sua morte. O desenho projetou a sua

imagem dolorosa, pela cor de intensa dor e perda, divergente da família e dos ambientes que retratava e desejoso por novos desfechos, como o corpo negro que brinca na vida ideal. Embora seu discurso não tenha emitido falas objetivas de dor e morte, eis um dos indicativos do desenho dos discursos implícitos infantis que deve ser considerado no luto, na terminalidade e no adoecimento crônico infantil. O dizer o indizível.

Conclusão

O desenho, como forma de suporte, tem a função de romper com possíveis dificuldades de expressão, principalmente entre crianças, que têm nessa linguagem a sua expressão nata. O desenho permite o complemento do discurso e o melhor desenvolvimento da expressão do *Dasein*. A ludicidade da proposição é importante uma vez que abre o interesse a conexão infantil para apresentar seus conteúdos internos, que podem estar embarreirados tanto pelas dificuldades de discurso quanto pelo receio frequente de entrar em assuntos indesejados pelos adultos ou sensíveis que são com frequência evitados na vivência oncológica infantil entre familiares. Sobre ser mãe cuidadora e criança com câncer, foi possível perceber que as mulheres e as famílias constituem o perpasso dessas experiências com base na capacidade em estabelecer âncoras. Essas ancoragens, por sua vez, são diferentes para as mães e para os filhos e também variam conforme o repertório. Mas de um modo geral a criança espera o retorno ao mundo não hospitalar e ao corpo lúdico e as mães cuidadoras, o reestabelecimento e a recomposição de seu papel parental dentro de alguma normalidade.

Referências

- Almeida, F. D. A. (2005). Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Boletim de Psicologia*, 55(123), 149-167.
- Almeida, M. I., Molina, R. C. M., Vieira, T. M. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2006). O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 10(1), 36-46.
- Camacho, M. D. R. (2006). Memórias de um tempo junto a crianças com câncer. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(2), 176-189.

- Clarke, S. A., Davies, H., Jenney, M., Glaser, A., & Eiser, C. (2005). Parental communication and children's behaviour following diagnosis of childhood leukaemia. *Psycho-Oncology*, 14(4), 274-281.
- Grubits, S. (2003). A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. *Psicologia em Estudo*, 8, 97-105.
- Hockenberry-Eaton, M., & Minick, P. (1994, July). Living with cancer: children with extraordinary courage. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 21, No. 6, pp. 1025-1031).
- Holanda, A. (2003). Psicologia e fenomenologia: Reflexões e perspectivas. Campinas: *Alínea*.
- Luzzatto, P., & Gabriel, B. (1998). Art psychotherapy. *Psycho-oncology*, 743-757.
- Marques, A. P. F. D. S. (2004). Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicologia Hospitalar*, 2(2), 0-0.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em estudo*, 9(1), 19-28.
- Motta, M. D. G. C. (1997). *O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais* (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem).
- Mulhern, R. K. (1994). Neuropsychological late effects. *Pediatric psychooncology*, 99-121.
- Quiles, M., Van-der Hofstadt, C. J., & Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 52-61.
- Raimbault, , G. (1979). A criança e a morte: crianças doentes falam da morte. *Problemas da clínica do luto*. Rio de Janeiro: EFA.
- Sawyer, M. G., Antoniou, G., Nguyen, A. T., Toogood, I., Rice, M., & Baghurst, P. (1995). A prospective study of the psychological adjustment of children with cancer. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 17(1), 39-45.
- Souza, L. P. S., Silva, R. K. P., Amaral, R. G., Souza, A. A. M. D., Mota, É. C., & Silva, C. S. D. O. (2012). Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 13(3).

Young, B., Dixon-Woods, M., Findlay, M., & Heney, D. (2002). Parenting in a crisis: conceptualising mothers of children with cancer. *Social science & medicine*, 55(10), 1835-1847.

Utilização do HTP na investigação da personalidade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica

Michele de Oliveira Paula
Paulo Francisco de Castro
Universidade de Taubaté

Resumo: A cirurgia bariátrica tem sido considerada como recurso no tratamento da obesidade, com vistas à recuperação da saúde dos indivíduos. Considerando-se o conceito de saúde integral, surge a necessidade de melhor compreensão da dinâmica psicológica dos indivíduos que optaram pela cirurgia bariátrica. Assim, o presente trabalho objetiva apresentar dados sobre a avaliação de personalidade de indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, por meio do Teste da Casa-Árvore-Pessoa - HTP. A investigação contou com a participação de 20 pacientes, com idade entre 20 a 40 anos (média 33,5), divididos igualmente entre os sexos, com estado civil e escolaridade variados, o período após a intervenção cirúrgica variou entre seis meses e dez anos (média 3,2). O HTP foi aplicado em todos os participantes e os testes foram analisados por meio dos itens de interpretação de cada um dos três desenhos, buscando-se componentes comuns a partir da incidência de cada um deles. Após o levantamento dos dados observou-se o seguinte: Não foram identificados componentes comuns nos desenhos da casa. Nos desenhos da árvore, observou-se representação da copa rabiscada (N=8), o que demonstra certa labilidade afetiva, representação de cicatrizes no tronco (N=9) simbolizando a possível vivência de uma situação de grande estresse ou traumática, produção de árvores frutíferas (N=10) indicativo de sentimentos de dependência ou imaturidade. Para o desenho da pessoa, identificou-se localização à esquerda da folha (N=10), que indica características de retraimento e regressão, presença de margem inferior no desenho (N=10) revelando necessidade de amparo e de apoio, além de cabelos enfatizados ou omitidos (N=12) que são característica de certa preocupação de ordem sexual. Em síntese, apenas seis itens de análise do HTP mostraram-se comuns, indicando necessidade de estudos mais amplos sobre o tema, que é de grande importância para a atuação do psicólogo na avaliação e cuidado ao paciente com obesidade.

Palavras-chave: *Avaliação psicológica, obesidade, cirurgia bariátrica.*

Introdução

Em linhas gerais, a obesidade constitui-se em um quadro orgânico de etiologia multifatorial, decorrente do acúmulo de tecido adiposo que ultrapassa 20% do peso corporal considerado eutrófico, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos. Uma das estratégias mais utilizadas para essa verificação é o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela proporção entre altura e peso e regulado pelas agências oficiais de avaliação. A obesidade grave acarreta vários quadros clínicos em comorbidade com o ganho exagerado de peso (Benedetti, 2003, Richard & Schirmer, 2010; Straub, 2005).

A cirurgia bariátrica e metabólica consiste em um conjunto de técnicas cientificamente testadas que visam o tratamento da obesidade e de suas doenças associadas e ganham destaque por seu importante papel no tratamento eficiente e rápido. O procedimento é fruto de intenso desenvolvimento de procedimentos que visam a redução do peso, controle das comorbidades e diminuição das contraindicações (Marchesini, 2010; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2011).

Na preparação para a cirurgia bariátrica, o paciente é encaminhado para avaliação psicológica e preparação emocional para o procedimento e seus

desdobramentos. Uma questão controversa, pois se trata de avaliação compulsória, com finalidade de autorização técnica para o procedimento e, em consequência disso, permeada de muita resistência e defesas por parte do indivíduo a ser avaliado. O objetivo do paciente é, usualmente, apenas obter o parecer técnico que permita a realização da cirurgia, pouco colabora com o processo de avaliação e poucos se dispõem a um acompanhamento anterior ou posterior da intervenção, mesmo quando se apresenta uma demanda psicológica para atendimento, decorrente do sofrimento psíquico advindo das alterações físicas (Gleiser & Candemil, 2006; Franques, 2006; Pacheco, 2006).

Objetivo

Apresentar dados sobre a avaliação da personalidade em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, a partir das informações obtidas no Teste da Casa-Árvore-Pessoa - HTP.

Método

Foi realizado em estudo de campo, por meio de pesquisa exploratória. O estudo de campo busca se aprofundar nas questões levantadas pelo trabalho dando ênfase no contato direto do pesquisador com o grupo pesquisado. A pesquisa exploratória gera uma melhor afinidade com as questões levantadas na pesquisa delineando melhor os problemas estudados e na formação de hipóteses (Gil, 2010).

Antes de qualquer procedimento metodológico, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté, pelo sistema da Plataforma Brasil, avaliado e aprovado segundo protocolo CAAE 35705314.4.0000.5501 de 12 de Setembro de 2014.

Participantes

A pesquisa foi realizada com 20 participantes, sendo dez homens e dez mulheres com a idade entre 20 a 42 anos, já operados de cirurgia bariátrica e em acompanhamento médico em uma clínica particular no interior de São Paulo, com tempo após a cirurgia entre 6 meses a 10 anos. Não foram considerados outros critérios como o nível socioeconômico ou escolaridade dos participantes, por não estarem relacionados diretamente ao foco de estudo.

Em relação à faixa etária, tem-se que a idade média dos participantes foi de 33,5 anos com idade mínima em 20 anos e máxima em 42 anos. Relacionado ao estado civil há uma maioria de 13 casados (65%), cinco solteiros (25%), além de um divorciado e um separado judicialmente. Quanto à escolaridade há um participante com ensino médio incompleto (5%), cinco com nível médio completo (25%), seis com superior incompleto (30%), cinco com superior completo (25%) e três pós-graduados.

Em relação ao peso, tem-se que o peso pré-operatório dos participantes variou de 104 quilos até 184 quilos com média de 128,26 quilos. Já no período pós-operatório o peso foi de 67 quilos até 120 quilos, com média em 85,81 quilos, indicando a redução de 42,45 quilos em média. A média do IMC variou de 45,05 quilos/m² antes da cirurgia até 28,17 quilos/m² após a cirurgia com uma perda média de 16,88 quilo/m². O tempo decorrente após o procedimento foi de seis meses chegando até dez anos, com média em 4 anos e 9 meses e com todos os relatos constatando perda de peso.

Instrumento

Segundo Hammer (1991) o teste H-T-P, com siglas em inglês para House-Tree-Person ou em português Casa-Árvore-Pessoa, permite a visão subjetiva que o indivíduo possui sobre si mesmo e sobre o ambiente no qual está inserido. Tal aspecto é ressaltado por Cunha (2003) que indica o HTP para avaliação da personalidade e como esta se integra ao ambiente. Além disso, possibilita a investigação de diferentes aspectos significativos da personalidade, por meio da definição e caracterização da produção gráfica dos três desenhos. Nesse tipo de manifestação, os conteúdos inconscientes empregam simbologia dos níveis primitivos e dinâmicos da personalidade, pela projeção obtida na ação psicomotora grafadas no papel.

No espaço da folha em branco, por sua propriedade não estruturada, o indivíduo esboça seu mundo interno, dando forma e sentido à tarefa, por meio de experiência emocional significativa, revelando características particulares e idiossincráticas, elementos de fraquezas e potencialidades psicodinâmicas (Borso, 2010; Hammer, 1991; Siqueira, Doro & Santos, 2003).

De acordo com Buck (2003) e Silva (2008), a relação dos itens específicos observados nos desenhos da Casa-Árvore-Pessoa, deve-se ao fato que são elementos de conhecimento comum, permitindo facilidade na produção gráfica e podem incitar desenhos e verbalizações sinceras e livres do que quaisquer outros, além disso, são conceitos simbolicamente ricos em relação a significados inconscientes.

Procedimento

Os participantes foram convidados e orientados quanto ao teor do estudo. Após esclarecimentos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizado um levantamento dos dados sociodemográficos dos indivíduos. A aplicação do HTP foi realizada individualmente de acordo com os critérios técnicos do instrumento.

Resultados e Discussão

As produções gráficas de cada um dos três desenhos foram analisadas de acordo com as especificações técnicas constantes no manual do instrumento (Buck, 2003), optando-se por apresentar os itens com maior frequência por se entender que os mesmos poderiam caracterizar o grupo pesquisado. Foram identificados os itens descritos a seguir:

Tabela 1. Detalhes essenciais do Desenho da Árvore - Copa

Detalhes	Feminino	Masculino	Total
Rabiscada	3	5	8
Em forma de Nuvem	4	3	7
Achatada	2	1	3

O detalhe essencial da copa da árvore foi interpretado como rabiscada no desenho de oito participantes, o que demonstra labilidade afetiva. A copa em forma de nuvem foi apresentada no desenho de sete participantes, o que revela fantasia. A copa de forma achatada foi observada do desenho de três participantes, o que indica pressão do ambiente e negação.

Identifica-se, portanto, maior incidência no grupo de características de labilidade e fantasia. Em linhas gerais, a labilidade afetiva pode ser compreendida como alterações de humor que ocorrem rapidamente e sem motivação aparente, indivíduos com essa característica usualmente não possuem controle sobre as emoções, revelando instabilidade afetiva.

Queiroz et al. (2011) observam que após o emagrecimento obtido por meio de cirurgia bariátrica, os pacientes tendem a desenvolver uma série de dificuldades de ordem psicológica, principalmente pelo fato de não conseguirem reorganizar seus afetos com a mesma rapidez com que perdem peso. Nesse sentido, Ehrenbrink, Pinto e Prando (2009) refletem sobre os possíveis prejuízos emocionais que podem ser ocasionados

pela cirurgia bariátrica, onde o indivíduo não reorganiza seu psiquismo com a mesma rapidez com que perde peso. Magdaleno Júnior, Chaim e Turato (2009) descrevem o prejuízo psicológico a partir de três estruturas que assinalam o comprometimento emocional observado nos pacientes: melancólica, desmentalizada e perversa, explicando as alterações de comportamentos que podem ser observadas em cada uma delas.

Venzon e Alchieri (2014), por meio de avaliação psicológica a partir dos dados do Método de Rorschach, identificaram ausência de controle cognitivo para organizar aspectos de ordem afetiva em pacientes com compulsão alimentar que foram submetidos à cirurgia para perda de peso, com dificuldade em lidar adequadamente com suas demandas pessoais, embora os participantes deste estudo não tenham apresentado tal quadro, é possível associar esses dados aos aqui descritos. Outra investigação de Lucena, Hazboun, Martins e Alchieri (2010), agora com a utilização do Teste de Zulliger, observou sinais de instabilidade afetiva em pacientes após cirurgia bariátrica com alta aderência ao tratamento, a partir de características como o uso percepção defensiva, rigidez emocional e vivências de tensão.

Sargentim (2005) assinala também características de desorganização psíquica e dificuldade de controle emocional em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, que extrapola o excesso de peso, e gera a expectativa de solução imediata após a intervenção cirúrgica. Moliner e Rabuske (2008) também apresentam dados sobre componentes de desorganização psicológica e dificuldade de controle emocional em indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica.

Tabela 2. Detalhes Essenciais do Desenho da Árvore - Tronco

Detalhes	Feminino	Masculino	Total
Cicatrizes	5	4	9
Base Larga	4	2	6
Base Estreita	-	3	3
Animais	2	-	2
Ênfase Vertical	1	1	2
Longo	1	1	2
Unidimensional	-	-	-

Na análise do tronco, tem-se a presença de cicatrizes em nove participantes, o que demonstra a indicação da vivência de trauma. Já o tronco com base larga, observado no desenho de seis participantes demonstra dependência. A base estreita foi apresentada

por três participantes, o que pode revelar perda de controle. Para o detalhe do tronco longo, tem-se a incidência em dois desenhos, o que demonstra regressão e inadequação. O detalhe do tronco com animais foi verificado no desenho de dois participantes, demonstrando regressão. Por fim, para o tronco com ênfase vertical, apresentado no desenho de dois participantes, tem-se contato com a realidade pobre e preocupações de ordem sexual.

A incidência de cicatrizes no desenho da árvore, aspecto incomum na maior parte dos desenhos de forma geral, indica a vivência de uma situação que marcou seu histórico de vida e que pode ser considerada como traumática. Conjectura-se aqui que se trata da própria condição de obesidade grave, que levou esses indivíduos à decisão de se submeterem à cirurgia e que, na maior parte das vezes, associa-se a uma condição de sofrimento diante das imposições sociais do corpo perfeito e ideais de beleza vigentes.

A condição de obesidade grave, vivida por uma parcela na sociedade contemporânea por uma série de motivos, pode ser compreendida sob o enfoque psicodinâmico. Nesse contexto, observa-se a relação da obesidade com um funcionamento psicológico comprometido, vinculada a um conjunto de experiências traumáticas, de cunho consciente ou inconsciente. Tal processo leva o indivíduo a um sofrimento real e simbólico que pode levar a um comprometimento da estrutura psíquica a tal ponto que o mesmo decida pela solução radical da cirurgia. Assim, o trauma instalado pode gerar, como consequência, a obesidade como recurso defensivo mal elaborado (Rocha, Vilhena & Novaes, 2009; Rosa & Campos, 2009; Santos, 2007; Vilhena & Novaes, 2008). Além disso, Marchesini (2010) identificou que um dos principais fatores motivacionais para a opção pela cirurgia bariátrica, centra-se em questões estéticas para atender às exigências de beleza vigentes em nossa sociedade, além da dificuldade de desapego de estruturas primitivas e marcadas há muito tempo, destacadas por Sargentim (2005).

Tabela 3. Detalhes Essenciais do Desenho da Árvore - Tipo

Detalhes	Feminino	Masculino	Total
Frutífera-Natal	6	4	10
Árvore com muda	1	1	2
Morta	-	1	1
Vento Soprando	-	1	1

Quando se analisa o tipo de árvore representado no desenho, tem-se que o tipo de árvore frutífera foi apresentado por dez participantes, o que demonstra dependência ou imaturidade. A árvore com muda foi observado no desenho de dois participantes, o que pode ser interpretado como regressão. O tipo de árvore morta foi apresentado por um participante em seu desenho, associando-se a distúrbios psíquicos mais severos. Por fim, árvore com vento soprando, foi verificado no desenho de um participante, o que assinala sentimentos de pressões ambientais.

No que se refere às questões de dependência e imaturidade, Langaro, Vieira, Poggere e Trentini (2011) observaram a necessidade de deferência como uma dos traços de personalidade mais característicos em mulheres após a cirurgia bariátrica. Além disso, Moliner e Rabuske (2008) compreendem como um dos fatores etiológicos para o desenvolvimento da obesidade, questões pessoais do papel do indivíduo na estrutura familiar ligados à dependência e independência. Informação que é corroborada pelo estudo de Sargentim (2005) que indica a colaboração de outros indivíduos do convívio do paciente além da influência da mídia para o estabelecimento de uma situação de obesidade. A imaturidade para enfrentar os impulsos também foi observada no estudo de Venzon e Alchieri (2014).

Tabela 4. Desenho da Pessoa - Localização do Desenho

Localização	Feminino	Masculino	Total
Esquerda	6	4	10
Central	-	5	5
Direita	3	-	3
Superior	1	1	2
Inferior	-	-	-

Em relação à análise da localização do desenho da pessoa, quando é produzido no quadrante da esquerda da folha, identificada nos desenhos de dez participantes, indica retraimento, regressão, organicidade, fixação no passado, preocupação consigo mesmo e necessidade de gratificação imediata. Se for produzido na parte superior da folha, aspecto apresentado por dois participantes, demonstra esforço irrealista, satisfação na fantasia e frustração. Na parte central, observado nos desenhos de cinco participantes revela rigidez. Na localização à direita, apresentada por três participantes revela preocupação com o ambiente, antecipação do futuro, estabilidade/controle e capacidade de adiar gratificação.

Langaro et al. (2011) observaram componentes de baixa agressão nas pacientes que participaram de seu estudo, interpretando tal aspecto como pessoas que tendem a maior passividade, com tendência a lidar com os problemas de maneira mais submissa e retraída, evitando divergências. Nesse contexto, Magdaleno Júnior et al. (2009) propõem definições para a estrutura mental dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, sendo que uma delas é a estrutura desmentalizada que pode ser responsável pela dificuldade de elaboração dos conteúdos dos pacientes associado a um empobrecimento das relações consigo e com os demais, levando a conduta de retraimento e distanciamento. Além disso, Lucena et al. (2010) também assinalam tensão e ansiedade nos relacionamentos interpessoais, com conduta de desconfiança nos contatos e retração.

No que se refere à valorização e fixação a experiências passadas, Sargentim (2005) menciona a influência da figura materna e outras figuras representativas na vida do indivíduo, bem como o comportamento das mesmas, para o desenvolvimento da obesidade e nas decisões atuais, fato que, mesmo após a intervenção cirúrgica, pode ter ficado marcada na dinâmica de personalidade do paciente. Queiroz et al. (2011) assinalam conduta de retraimento nos pacientes e a explicam pelo comportamento de esquiva e fuga das demandas pessoais e da própria existência, utilizando estratégias pouco eficientes para proteção diante do desenvolvimento que era esperado após a cirurgia.

Tabela 5. Desenho da Pessoa - Margem do Papel

Margem	Feminino	Masculino	Total
Inferior	8	2	10
Lateral	1	1	2
Superior	1	-	1
Impede de Completar	-	-	-

Na avaliação dos desenhos, o estudo da margem do papel representa autonomia e como o indivíduo se posiciona diante do ambiente. A margem na parte inferior, identificado no desenho de dez participantes, revela necessidade de apoio. Se for desenhado na margem superior, o que foi observado na produção de um participante, indica medo ou fuga do ambiente. Já na parte lateral, verificado em dois desenhos revela sentimento de constrição.

A questão da busca de apoio pode também ser observada no trabalho de Langaro et al. (2011) que identificaram necessidade dos pacientes em serem apoiados, protegidos e orientados em suas demandas pessoais. Lucena et al. (2010) relatam que pacientes com maior aderência ao tratamento tendem a uma posição mais submissa e dependente para o cuidado necessário após a cirurgia bariátrica. Além disso, Moliner e Rabuske (2008) e Sargentim (2005) destacam a necessidade dos pacientes de apoio emocional de outros indivíduos e do grupo social em que se inserem para a decisão em aceitar a cirurgia, associado também à necessidade de suporte externo para a adesão ao tratamento e enfrentamento das dificuldades encontradas para atingir esse objetivo. Venzon e Alchieri (2014) também destacam que a busca de relacionamentos dos pacientes se pauta na cooperação.

Tabela 6. Detalhes não Essenciais do Desenho da Pessoa - Cabelos

Detalhes	Feminino	Masculino	Total
Enfatizado – Omitido	6	6	12

Cabelos enfatizados ou omitidos são características dos desenhos de doze participantes, o que pode ser um indicativo de preocupações de ordem sexual. Nesse contexto, a hipótese centra-se na possível relação entre obesidade e sexualidade, em que pacientes com graus elevados de obesidade podem indicar certo afastamento das atividades sexuais, em virtude dos padrões de corpo estabelecidos pelos critérios vigentes. Assim, ao perder peso por meio da cirurgia bariátrica, esse indivíduo poderia desencadear certa preocupação ou valorização da sexualidade.

Langaro et al. (2011) identificaram em seu trabalho interesse pelo contato e pelo relacionamento interpessoal de forma mais efetiva nos participantes, entretanto sem conotação de ordem sexual. Relacionam tal aspecto pela mudança da imagem corporal o que pode despertar a busca do outro, mas ainda sem o interesse ou a valorização da sexualidade.

Embora vários estudos apontem para uma melhora geral nas condições de vida do indivíduo após a intervenção da cirurgia bariátrica e sua consequente perda de peso, interpretando efeitos positivos do procedimento, tais como aumento da qualidade de vida, diminuição de sinais psicopatológicos, de ansiedade e depressão, além de melhor articulação da imagem corporal e melhora na autoestima (Ehrenbrink et al. 2009; Langaro et al. 2011; Lucena et al., 2010; Moraes, Caregnato & Schneider, 2014; Mota,

Costa & Almeida, 2014; Oliveira & Yoshida, 2009; Rojas, Brante, Miranda & Pérez-Luco, 2011, Zini et al., 2009) há que se considerar os impactos psicodinâmicos e as condições de organização psicológica dos pacientes após essa grande alteração em suas vidas, para que as mudanças possam ir além da simples diminuição do peso e da massa corporal, mas sim, ampliando-se para uma condição de saúde integral, que só pode ser efetivamente obtida após profunda avaliação e competente ação terapêutica em campo psicológico.

Considerações Finais

Vários aspectos devem ser considerados diante da possibilidade, e principalmente da opção, para a cirurgia bariátrica no tratamento da redução de peso. As questões orgânicas, principalmente aquelas relacionadas aos quadros crônicos, em comorbidade com a obesidade, são um parâmetro claro e objetivo para a referida opção. Além disso, as questões de ordem psicológica permeiam a decisão pela intervenção cirúrgica, pelos componentes psicodinâmicos e sociais que interferem na rotina e na qualidade de vida dos indivíduos.

Observou-se que, a despeito da melhora em vários fenômenos psicológicos, como qualidade de vida, autoestima, depressão e ansiedade, por exemplo; outras questões psíquicas também devem ser observadas na avaliação compulsória que antecede a cirurgia e no período pós-operatório de acompanhamento psicoterapêutico. No caso dos participantes deste estudo, foi possível identificar certa labilidade afetiva, indicadores de experiências traumáticas e de estresse, sentimentos de dependência ou imaturidade, características de retraimento e regressão, necessidade de apoio, além de certa preocupação de ordem sexual. Os dados identificados no HTP revelam que após a perda de peso, há necessidade de acolhimento e de atenção a essas questões.

Os dados aqui expressos, embora conclusivos para este estudo, devem ser considerados com cautela, uma vez que foram obtidos em um grupo reduzido e com a utilização de um único instrumento. Pela pertinência do tema, estudos mais amplos devem ser desenvolvidos, considerando-se o tempo após a cirurgia, outras estratégias de avaliação e outras variáveis relevantes.

Referências

Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.

- Borso, J.C. (2010). Considerações sobre o Teste da Casa-Árvore-Pessoa – HTP. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 151-154.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. R. C. Tardivo, trad. São Paulo: Vetor.
- Cunha, J.A. (2003). Catálogo de técnicas úteis. In: J.A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). (pp. 202-290). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ehrenbrink, P.P., Pinto, E.E.P., & Prando, F.L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7 (1), 88-105.
- Franques, A.R.M. (2006). A entrevista psicológica. In: A.R.M. Franques & M.S.A. Loli. (Orgs.). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. (pp. 55-62). São Paulo: Vetor.
- Gil, A.C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gleiser, D., & Candemil, R.S. (2006). O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: A.R.M. Franques & M.S.A. Loli. (Orgs.). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. (pp. 189-195). São Paulo: Vetor.
- Hammer, E.F. (1991). *Aplicação clínica dos desenhos projetivos*. E. Nick, trad. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Langaro, F., Vieira, A.P.K., Poggere, L.C., & Trentini, C.M. (2011). Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 71-79.
- Lucena, M.C., Hazboun, A.M., Martins, R.R., & Alchieri, J.C. (2010). Aspectos da aderência após cirurgia bariátrica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 4(2), 548-556.
- Magdaleno Júnior, R., Chai, E.A., & Turato, E.R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria*, 31(1), 73-78.
- Marchesini, S.D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 23(2), 108-113.
- Moliner, J., & Rabuske, M.M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão da realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 44-60.
- Moraes, J.M., Caregnato, R.C.A., & Schneider, D.S. (2014). Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(2), 157-164.
- Mota, D.C.L., Costa, T.M.B., & Almeida, S.S (2014). Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 100-113.

- Oliveira, J.H.A., & Yoshida, E.M.P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.
- Pacheco, E.S.C. (2006). Uma palavra sobre a dificuldade da adesão do paciente no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica. In: A.R.M. Franques & M.S.A. Loli. (Orgs.). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. (pp. 205-217). São Paulo: Vetor.
- Queiroz, A.C.M., Santos, N.O., Silva, M.M., Lahan, C., Garrido Junior, A., & Lucia, M.C.S. (2011). Crenças alimentares em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Psicologia Hospitalar*, 9 (2), 75-95.
- Richard, W.O., & Schirmer, B.D. (2010). Obesidade Mórbida. In: C.M. Townsend et al. (Orgs.). *Sabiston, tratado de cirurgia*. (pp. 374-404). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Rocha, L.J.L.F., Vilhena, J., & Novaes, J.V. (2009). Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento. *Psicologia em Revista*, 15 (2), 77-96.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica do Chile*, 139, 571-578.
- Rosa, T.V., & Campos, D.T.F. (2009). Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 9 (1), 105-133.
- Santos, B.H.H. (2007). O excessivamente gordo de um corpo: o que fazer com isto? *Reverso*, 29 (54), 109-114.
- Sargentim, M.D.F. (2005). O vazio do homem da pós-modernidade: uma reflexão sobre as influências na expressão dos comportamentos adictos no paciente portador de obesidade mórbida. *Psicologia Hospitalar*, 3 (1), 19-39.
- Silva, M.C.V.M. A técnica da casa-árvore-pessoa (HTP) de John Buck. In: A.E. Villemor-Amaral & B.S.G. Werlang (Orgs.). *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. (pp.247-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Siqueira, S.D.M., Doro, W.F., & Santos, E.O. (2003). Desenhando a realidade interna. *Psic*, 4 (2), 70-76.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2014). *Cirurgia Bariátrica e Metabólica*. Recuperado em 05 de abril de 2014 de <http://www.sbcm.org.br>.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Venzon, C.N., & Alchieri, J.C. (2014). Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Psico*, 45 (2), 239-249.

- Vilhena, J., & Novaes, J.V. (2008). Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(2), 379-406.
- Zini, R.B., Santos, N.O., Modesto, S.E.F., Benute, G.R.G., Pinto, K.O., Lucia, M.C.S., & Garrido Júnior, A.B. (2009). Presença de sintomas depressivos em obesos classes II e III. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 75-84.

SEÇÃO 6: TÉCNICAS VERBAIS E/OU COM FOTOS

Interesses ao iniciar o ensino médio: Pistas do Teste Fotos de Profissões (BBT-Br) e do Questionário de Busca Autodirigida (SDS) em Manaus

Gisele Cristina Resende

Sonia Regina Pasian

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Resumo: O ingresso no ensino médio impõe novos desafios ao desenvolvimento dos adolescentes, agregando tomada de decisões de vida, onde se incluirá a escolha profissional. Esse caminho, influenciado pelo contexto sociocultural, será permeado por necessidades individuais, formando e cristalizando interesses. Nesse contexto, este trabalho objetivou caracterizar, na região norte do Brasil, indicadores de inclinações motivacionais de iniciantes do ensino médio, verificando possíveis especificidades dessa etapa desenvolvimental. Para tanto, foram coletivamente avaliados, por meio do Teste de Fotos de Profissões (BBT-Br) e do Questionário de Busca Autodirigida (SDS), 145 estudantes, de ambos os sexos (75 rapazes e 70 moças), do primeiro ano do ensino médio público e particular de Manaus (AM). Os dados foram sistematizados conforme respectivos parâmetros técnicos de seus manuais, de forma descritiva e inferencial, analisando-se possível efeito das variáveis sexo e origem escolar. O perfil geral de interesses do grupo feminino e masculino no BBT-Br se diferenciou de forma estatisticamente significativa apenas no radical W (ternura e sensibilidade, maior nas moças), sendo interesses predominantes atividades criativas e inovadoras (G), relacionamentos interpessoais (S) e uso do raciocínio lógico e objetividade (V). No tocante ao SDS encontrou-se diferença estatisticamente significativa em função do sexo e da origem escolar somente no tipo Convencional, com predomínio de interesses por atividades profissionais relacionadas aos tipos Investigativo (I) e Empreendedor (E) nesses iniciantes do ensino médio. Os achados sinalizaram componentes motivacionais compatíveis com o esperado para sua etapa de vida, acompanhando parâmetros normativos desses instrumentos, mesmo que elaborados em outro contexto sociocultural (região sudeste do Brasil). Esses resultados ilustram a relevância da identificação de necessidades e inclinações motivacionais de iniciantes do ensino médio da região norte, até o momento pouco conhecidas, de modo a estimular atividades formativas consistentes com suas demandas, favorecedoras de satisfação pessoal e profissional.

Palavras-chave: Teste de Fotos de Profissões (BBT-Br), SDS, interesses, orientação profissional e de carreira.

Introdução

O ingresso no ensino médio impõe novos desafios ao desenvolvimento dos adolescentes, agregando tomada de decisões de vida, onde se incluirá a escolha profissional. Esse caminho, influenciado pelo contexto sociocultural, será permeado por necessidades individuais, formando e cristalizando interesses que permearão o direcionamento de estudos e a escolha da carreira profissional.

No Brasil, o atual ensino médio tem por objetivo a formação do jovem para a inserção na vida adulta, de acordo com os Parâmetros Nacionais para o Ensino Médio (Brasil, 2000). Assim, esses parâmetros apontam a necessidade de um currículo escolar que integre situações da vida real, onde a era da tecnologia (século XXI) destaca como premente essa diretriz, onde ciência e a tecnologia funcionam como recursos inerentes à dinâmica da sociedade. Essas reflexões são oriundas da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, que incorporou na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96) a defesa de que a educação deve cumprir um papel:

econômico, científico e cultural, encontrando-se alicerçada em: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender (Brasil, 2000).

Assim, a Orientação Profissional e de Carreira pode ser inerente a esse processo educacional (Munhoz & Melo-Silva, 2012), compreendida enquanto facilitador para que estudantes escolham profissão e carreira. Constituem-se, portanto, como intervenções que consideram o contexto no qual o estudante está inserido, suas possibilidades de educação e de trabalho, seus interesses profissionais num projeto para a vida e não somente para a escolha de um curso profissionalizante ou universitário. Essa perspectiva de Orientação Profissional e de Carreira acompanha as rápidas mudanças no cenário mundial a partir da globalização e das novas tecnologias, impulsionando nova concepção de homem e de trabalho. Nessa perspectiva, o trabalho passa a ser oportunidade de realização pessoal e a orientação do indivíduo deve favorecer a descoberta e o exercício de suas competências, de forma que ele saiba localizar oportunidades e refletir sobre sua forma de atuar no mundo e, assim, construir sua carreira profissional (Guichard, 2012).

Para que o indivíduo construa sua carreira a partir das competências e possibilidades, ele precisa também conhecer a si mesmo. A compreensão da dinâmica psíquica e dos interesses de cada indivíduo favorece o processo de autoconhecimento para a tomada de decisões frente às escolhas profissionais (Okino & Pasian, 2010).

Diante da complexidade inerente a esse processo, alguma diretriz há de ser tomada como ponto de partida nos processos de reflexão sobre características pessoais interferentes em possíveis escolhas de percursos ocupacionais e profissionais dos indivíduos, sobretudo no início do ensino médio. Um dos focos necessários é relacionado aos interesses que se formaram ao longo do desenvolvimento e agora podem atuar como direcionadores de decisões de estudo e de carreira nos adolescentes. Nesse momento, no entanto, surge a questão: como definir e identificar inclinações e interesses profissionais?

A temática dos interesses profissionais é estudada na Psicologia há longa data, desde o início do século XX. Pode-se destacar, segundo Leitão e Miguel (2001), a publicação *"The Measurement of Interests"* do pesquisador Fryer que marcou época em 1931. Seguem-se vários autores que, durante todo o século XX e no século XXI, buscam compreender o significado das inclinações e interesses profissionais para o aprimoramento de estratégias de trabalho e intervenção na área de Orientação Profissional e de Carreira.

Athanasou e Van Esbroeck (2007) ressaltaram a inexistência de um pensamento unificado entre os pesquisadores sobre o campo dos interesses, refletindo diferentes perspectivas teóricas e metodológicas atribuídas ao campo, podendo ser mais psicológico, educacional ou filosófico. Esses mesmos autores argumentaram que os interesses profissionais constituem construto teórico que pode ser descrito como escolhas humanas expressas em comportamentos e respostas dos indivíduos em relação a gostos e preferências por objetos, atividades e eventos profissionais e/ou ocupacionais.

Nessa trajetória de compreensão do significado dos interesses e inclinações profissionais foram elaboradas algumas teorias que buscavam entender esse construto, levando a vários pensamentos e posturas teóricas. O modelo sócio-cognitivo do desenvolvimento de carreira (Lent, Brown & Hackett, 1994), compreende os interesses profissionais como gostos, aversões e indiferenças sobre atividades profissionais e de carreira. Além disso, a autoeficácia (crença de que faço bem algo) e as expectativas de resultado atuarão em conjunto e irão definindo os interesses profissionais (Leitão & Miguel, 2001; Nunes, Okino, Noce & Jardim-Maran, 2008).

Holland (1996) é outro importante pesquisador que abordou e estudo essa temática. Em sua Teoria das Personalidades Vocacionais e dos Modelos de Ambientes de Trabalho (TPVMAT) sugere que, ao longo do ciclo do desenvolvimento, as pessoas desenvolvem preferências por certas atividades, de acordo com as experiências que têm contato, destacando influências parentais, sociais, culturais e do ambiente físico. Com o passar do tempo, preferências tendem a se tornar interesses, levando ao desenvolvimento de competências específicas. O autor considera que uma escolha profissional é produto da hereditariedade do indivíduo e de várias influências (da família, de companheiros, do mercado de trabalho, da classe social e da cultura). Ao escolher a profissão serão procurados ambientes e ocupações que satisfaçam necessidades individuais, buscando-se congruência entre características de personalidade e ambiente.

Outra concepção teórica sobre interesses profissionais é de Achnich (1991) e pode ser denominada como psicodinâmica. Ela compreende os interesses profissionais como motivações, impulsos e inclinações pessoais atuantes no desenvolvimento vocacional. Assim, inclinações profissionais retratam motivações/inclinações e interesses internos que se manifestam no comportamento de escolha de uma atividade profissional. São estruturas embasadas em componentes biológicos (com influência da hereditariedade), influenciados pelo ambiente no qual o indivíduo está inserido,

envolvendo os contextos histórico, social, econômico, educativo e familiar. Esse conjunto de variáveis compõe a personalidade do sujeito, incluindo os interesses, construídos ao longo do processo de desenvolvimento humano (Nunes et al., 2008).

A pesquisa na literatura científica da área apontou que, além das propostas teóricas, há recursos avaliativos dos interesses profissionais, como o Teste de Fotos de Profissões (BBT) elaborado por Achtnich (1991), instrumento útil e adequado para exame de inclinações profissionais, levando em conta necessidades e características de personalidade. Essa técnica de avaliação psicológica encontra-se disponível para uso no Brasil (BBT-Br) após longo processo de adaptação do instrumento (Pasian, Okino & Melo-Silva, 2007). Também foi possível identificar o Questionário de Busca Autodirigida – SDS, o qual foi adaptado para o contexto do Brasil (Primi, Mansão, Muniz & Nunes, 2010) a partir da concepção de interesses desenvolvida por Holland, Fritzsche e Powell (1994) no instrumento SDS Career Exploring.

Tanto o BBT-Br quanto o SDS constituem-se em instrumentos psicológicos para identificar inclinações/interesses profissionais. Além disso, Okino (2009), ao avaliar estudantes do ensino médio do sudeste do Brasil, demonstrou que tanto BBT-Br quanto SDS apresentaram adequados indicadores psicométricos, com consideráveis evidências de validade convergente, podendo ser utilizados na Orientação Profissional e de Carreira. Dadas essas possibilidades técnicas para avaliação dos interesses, procurar-se-á brevemente descrevê-las, de modo a embasar a análise de dados obtidos com iniciantes do ensino médio da região norte do Brasil.

O Teste de Fotos de Profissões (BBT-Br) e as inclinações profissionais

De acordo com Achtnich (1991), criador do Teste de Fotos de Profissões (cujo nome ficou conhecido por suas iniciais da língua alemã BBT), as pessoas expressam suas inclinações profissionais em radicais motivacionais que compõem a personalidade vocacional. Essas tendências pessoais podem ser satisfeitas no exercício profissional, levando o indivíduo a se sentir realizado, o que proporcionaria equilíbrio psíquico e saúde, bem como evitaria sofrimento laboral/ocupacional (Welter & Capitão, 2009).

O BBT é considerado método projetivo de avaliação psicológica, pois ao realizá-lo o indivíduo expressa motivações e identificações particulares sobre as profissões visualmente representadas nos estímulos visuais (fotos de atividades profissionais). Desse modo, o instrumento facilita o alcance da esfera afetiva e imaginativa por meio dos exercícios de escolha sobre os estímulos (fotos), justificando-se, ou seja, expondo

sentimentos e pensamentos sobre as atividades profissionais representadas (Achnich, 1991; Jacquemin, Melo-Silva & Pasian, 2010; Pasian, Okino & Melo-Silva, 2007). É constituído por 96 fotos de diferentes atividades profissionais, representando inclinações motivacionais (estrutura primária) e seus ambientes e instrumentos de realização (estrutura secundária), as quais se combinam, segundo Achnich (1991). Isso torna possível a sistematização de uma estrutura principal e uma estrutura secundária de inclinações motivacionais, em direção positiva (interesses, escolhas positivas) e em direção negativa (rejeições, escolhas negativas).

Na concepção de Achnich (1991), existiriam oito componentes básicos para compor as inclinações motivacionais, a serem satisfeitas em diferentes campos de ação humana, mas essencialmente na vida profissional, no campo afetivo-social e no lazer. A esses componentes Achnich (1991) denominou de fatores ou radicais motivacionais, resumidamente descritos nos seguintes termos:

- Radical W: Caracterizado por ternura, feminilidade, disponibilidade, necessidade de tocar e estar a serviço. Não aprecia trabalhos físicos pesados. Alguns traços de caráter são cordialidade, ternura, capacidade de conciliação, confiabilidade.
- Radical K : Força, força física, obstinação e dureza. Caracteriza-se pelo trabalho manual, por sua força física. Alguns traços de caráter são: força física e psíquica, objeção, perseverança, rigidez.
- Radical S: apresentado em duas vertentes: *Sh* (representante da necessidade de ajudar o outro, do interesse por relações interpessoais) e *Se* (caracterizado pelo dinamismo, energia psíquica, busca por mudanças e soluções de desafios).
- Radical Z: Necessidade de mostrar, de representar, estética. Os traços de caráter associam-se ao desejo de ser admirado, de ser reconhecido, expressão verbal exuberante, sedução.
- Radical V: Entendimento, razão, lógica, necessidade de conhecimento, clareza, racionalização, tendência a restringir, limitação, determinação. Os traços de caráter vinculam-se a rigor da consciência, argumentação, objetividade, controle de si mesmo e de outros, pouco flexível.
- Radical G: Espírito, inspiração, imaginação criadora, criatividade, ideia, intuição, tendência à expansão. Seus traços de caráter caminham no sentido da procura pela novidade, espontaneidade, consciência de si.
- Radical M: Matéria, substância, posse. Suas características marcantes tendem a ser: paciente, perseverante, fiel, econômico e ordenado.

- Radical O, apresentado em duas vertentes: *Or* (necessidade de comunicação verbal) e *On* (necessidade e interesse por nutrição e aspectos da alimentação).

A identificação dos principais radicais motivacionais que compõem a personalidade contribui para a clarificação dos interesses profissionais. Identificadas essas demandas internas poder-se-ia buscar sua satisfação em consonância com o exterior, promovendo harmonia e equilíbrio psíquico, favorecedores de realização pessoal e saúde mental, segundo Achtnich (1991).

O Teste de Fotos de Profissões foi adaptado para o Brasil, chamando-se BBT-Br, tanto na versão masculina (Jacquemin, 2000) quanto na versão feminina (Jacquemin et al., 2006). O teste proporciona, a partir da frequência de distribuição de escolhas (positivas e negativas) e dos radicais/fatores (representados em cada foto), a elaboração das estruturas de inclinação motivacional (primária e secundária, positiva e negativa) do indivíduo. O BBT-Br é comercializado pelo Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia (CETEPP) e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia para utilização por psicólogos no Brasil.

Tanto a versão masculina quanto a feminina do BBT-Br são compostas por 96 fotos que representam diferentes profissionais em situação de trabalho, como já apontado. Em seu verso as fotos apresentam o radical/fator motivacional correspondente àquela atividade, representado por um radical principal (letra maiúscula) e um radical secundário (letra minúscula) de interesses. Em aplicações individuais as fotos podem ser manipuladas e o indivíduo irá classificá-las em três grupos: a) fotos positivas (fotos que agradam o sujeito); b) fotos negativas (fotos que não agradam o sujeito); c) fotos indiferentes (fotos que nem agradam e nem desagradam, suscitam indiferença no sujeito). Em seguida, ele é convidado a trabalhar com as fotos positivamente escolhidas para compor grupos com as mesmas, relatando um ou mais critérios para o agrupamento e respeitando as percepções e sentimentos decorrentes do contato com as fotos. Posteriormente, hierarquiza as fotos escolhidas e as explica, foto a foto, em função dos quesitos: profissional representado, atividade realizada, objetivo, instrumento, local de trabalho. Essa é a fase de associações do BBT, proposta por Achtnich (1991). Ao final, no caso de aplicação individual, o sujeito é convidado a selecionar, entre as fotos escolhidas como positivas, cinco fotos preferidas, elaborando uma história que integre estas imagens. Pode-se codificar (em termos de radicais representados) as associações elaboradas pelo respondente por meio do Dicionário de Verbos (Achtnich, 1991; Jacquemin, Noce & Assoni, 2000), no qual os autores listaram várias atividades

profissionais e lhes atribuíram um radical motivacional (W, K, S, G, Z, V, M e O). Para análises de natureza qualitativa a história das cinco fotos preferidas é avaliada, examinando-se a (s) identidade (s) assumida (s) pelo respondente nesta elaboração projetiva e também os radicais de inclinação ali sinalizados.

Na atual pesquisa foram utilizadas as versões feminina e masculina do BBT-Br, sendo aplicado de forma coletiva no ambiente de sala de aula, de acordo com o sexo de cada indivíduo. Cada participante do estudo anotou, em folha individual de resposta, suas preferências, rejeições e indiferenças em relação às fotos apresentadas, permitindo identificação de seu perfil de inclinações motivacionais.

O Questionário de Busca Auto Dirigida de Holland (*Self Directed Search*, SDS)

Holland, Fritzsche e Powell (1994) desenvolveram, em formato de autorrelato (questionário autodirigido), a versão original desse instrumento, com objetivo de sistematizar informações relevantes e úteis ao processo de tomada de decisão, clarificação da escolha e desenvolvimento de carreira, tendo por base a Teoria da Personalidade Vocacional de Holland (1996). Esse instrumento, por sua vez, foi objeto de adaptação ao contexto brasileiro, passando a se denominar Questionário de Busca Auto Dirigida SDS (Primi, et al. 2010).

A base teórica que sustenta o SDS (Teoria das Personalidades Vocacionais) organiza-se numa tipologia dos interesses profissionais conhecida como Modelo Hexagonal, composta por seis traços de personalidade, objetivos de vida, valores, identificações, competências e habilidades. Os tipos psicológicos de Holland seriam: Realista (R), Investigador (I), Artístico (A), Social (S), Empreendedor (E) e Conservador (C), resultando no acrônimo RIASEC (Primi et al, 2010). As principais características dos seis tipos do modelo RIASEC podem ser sintetizadas nos seguintes termos:

- **Realista:** pessoa voltada para realização observável/concreta e pouco sociável. Aprecia o trabalho em ambientes abertos e com máquinas e ferramentas. Personalidade descrita como autêntica, sensível, prática, econômica, persistente e honesta.
- **Investigador:** pessoa mais introvertida e voltada a interesses intelectuais. Hábil com ideias abstratas e palavras, é analítica, aprecia carreiras investigativas. Descrito como racional, curioso, preciso, intelectual, cauteloso, tímido, modesto e independente.

- *Artístico*: pessoa mais introvertida e que consegue expressar sentimentos e emoções. Possui habilidades artísticas, criativas e boa imaginação; gosta de trabalhar com ideias; descrito como criativo, independente, emotivo, impulsivo e original.
- *Social*: geralmente gosta de pessoas e se interessa em viver em harmonia com os demais, bem como ajudar outros a resolverem seus problemas. Descrito como disposto a ajudar, carinhoso, compreensivo, responsável, cooperativo, convincente, amigável e paciente.
- *Empreendedor*: habilidades de comunicação e liderança são características dessa pessoa; gosta de trabalhar com outras pessoas e ideias. Descrito como extrovertido, corajoso, dinâmico, sociável, autoconfiante, otimista e ambicioso.
- *Convencional*: tradicional e conformista, no geral tem preferência por atividades estruturadas e carreiras convencionais. Possui habilidades administrativas e de matemática, além de apreciar o trabalho em lugares fechados e a organização. Descrito como pessoa prática, inflexível, cuidadosa, econômica, organizada, persistente e eficiente.

O Questionário de Busca Autodirigida - SDS (Primi et al., 2010) é um instrumento de avaliação psicológica que objetiva realizar levantamento dos interesses profissionais. É autoaplicável, com itens organizados e que avaliam as preferências relacionadas aos seis tipos psicológicos, composto por quatro seções: Atividades, Competências, Carreira e Habilidades. O indivíduo é convidado a ler cada um dos itens e marcar um “Sim” (um ponto) para os itens que lhe interessam e “Não” (zero pontos) para aqueles que não lhe interessam. A tarefa proporciona a reflexão sobre as preferências profissionais e, ao final da avaliação, tem-se um Código Holland, composto pelos dois ou três tipos psicológicos que atingiram maior escore no SDS como um todo. Esse código constitui o perfil central de interesses profissionais do indivíduo. O instrumento possui parecer favorável para utilização no Brasil pelo Conselho Federal de Psicologia e foi editado pela Editora Casa do Psicólogo.

Conhecidas as características centrais desses dois instrumentos de avaliação psicológica, tem-se, da literatura científica da área (Okino, 2009), que o uso combinado do Teste de Fotos de Profissões (BBT-Br) e do Questionário de Busca Auto Dirigida (SDS), mostrou-se processo profícuo para identificar e caracterizar inclinações e interesses profissionais. Caracterizam, portanto, instrumentos que geram pistas relevantes para implementar processos de Orientação Profissional e de Carreira com estudantes que iniciam o ensino médio, como no caso do presente trabalho.

Diante dessa possibilidade, considerou-se relevante investigar e caracterizar, na região norte do Brasil, indicadores de inclinações e interesses profissionais e motivacionais de iniciantes do ensino médio, verificando possíveis especificidades dessa etapa desenvolvimental. A investigação por meio de métodos de avaliação psicológica, voltada aos estudantes logo no início do ensino médio, pode favorecer a identificação de demandas motivacionais pouco visíveis de forma direta, de modo que os processos educacionais sejam alimentados com informações úteis para estimular o pleno desenvolvimento desses adolescentes. Essa investigação também se justifica na medida em que pouco se sabe sobre interesses de estudantes ao iniciar o ensino médio em diferentes regiões do Brasil, permitindo futura exploração entre contextos socioculturais diversos.

Método

Esse estudo foi desenvolvido com base em delineamento quantitativo, tendo recorte transversal, descritivo-comparativo e interpretativo, a partir de recursos de avaliação psicológica com grupos de estudantes do primeiro ano do ensino médio da região norte do Brasil. Participaram 145 estudantes, voluntários devidamente autorizados, de ambos os sexos (70 rapazes = 48,3% e 75 moças = 51,7%), com idade média de 15,5 anos (desvio padrão de 1,1 anos), matriculados em escolas públicas e particulares da rede de ensino da cidade de Manaus (AM), selecionados de forma não aleatória (amostra de conveniência).

Os instrumentos utilizados foram o Teste de Fotos de Profissões - BBT-Br nas versões masculina (Jacquemin, 2000) e feminina (Jacquemin et al., 2006) e o Questionário de Busca Autodirigida SDS (Primi et al., 2010), aplicados coletivamente em sala de aula. Cada aluno respondeu sozinho aos instrumentos, tendo primeiro realizado o BBT-Br (na versão adequada a seu sexo) e depois ao SDS, sendo que a pesquisadora ficou disponível e atenta aos voluntários nesse processo de coleta de dados. Foi necessário realizar a avaliação de 4 turmas de primeiro ano de 4 escolas colaboradoras (2 da rede particular e 2 da rede pública), sendo que o tempo médio de aplicação dos dois instrumentos totalizou 80 minutos.

Após a coleta de dados, cada instrumento foi devidamente examinado e codificado a partir dos específicos referenciais técnicos, chegando-se às estruturas motivacionais do BBT-Br e aos códigos Holland do SDS. Os resultados individuais foram digitados em planilhas computacionais (Microsoft Excel) e posteriormente

transpostos para o programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0, permitindo análise descritiva e estatística, conforme objetivos propostos. Comparou-se resultados médios dos instrumentos em função do sexo (versão do BBT-Br) e da origem escolar (pública X particular), com foco nas estruturas de inclinação e interesses profissionais. Nas análises estatísticas foi utilizado nível de significância igual a 5%.

Resultados e Discussão

Procurou-se sistematizar os achados em análises específicas para cada instrumento de avaliação psicológica. Assim, inicialmente serão apresentadas as estruturas primárias e secundárias (positivas e negativas) dos interesses a partir da versão feminina e masculina do BBT-Br, seguindo pressupostos de Achtnich (1991). Esses achados encontram-se na Tabela 1, comparativamente aos dados normativos disponíveis até o momento.

Tabela 1: Estruturas médias de inclinação profissional (primária e secundária) de acordo com a versão do BBT-Br, comparativamente a dados normativos*.

Grupo	Estrutura		Versão do BBT-Br	
	Motivacional		Feminina (n = 75)	Masculina (n = 70)
1ª. Série Ensino Médio (n = 145)	Primária	Positiva	G2,9 S2,8 V2,3 O2,2 W2,1 Z2 M1,1 K1,1	S2,8 G2,6 V2,6 O2,3 Z2 K1,8 M1 W0,9
		Negativa	K5,6 M5,5 W4,5 Z4,4 O4,4 V4,2 G3,7 S3,6	W5,8 M5,5 K5,3 Z4,5 O4,4 G4 V3,9 S3,7
	Secundária	Positiva	w s z g k v m o	o s k w g z v m
		Negativa	m v k z s g w o	o m v z w g k s
Norma *	Primária	Positiva	S4,1 O4,1 Z3,9 G3,4 W3,3 V2,8 M1,9 K1,1	S3,1 G3,1 V3 O2,8 K2,5 Z2,4 W1,5 M1,4
		Negativa	K5,9 M4,6 V3,7 W3,4 G2,9 O2,6 S2,6 Z2,6	W5,1 M4,8 K4,4 Z4,1 G3,6 O3,6 S3,5 V3,2
	Secundária	Positiva	w z m s g k o v	z k s g v w o m
		Negativa		

Negativa	v k o m s g z w	m o g w v s z k
----------	-----------------	-----------------

* *Referenciais normativos*: Jacquemin (2000) para o sexo masculino, e Jacquemin et al. (2006) para o sexo feminino.

A estrutura de inclinação primária positiva do grupo feminino no BBT-Br destacou os radicais G, S e V como prioritários, caracterizando preferência por atividades voltadas para a área social e relacionamentos interpessoais, envolvendo criatividade e imaginação, mas também racionalidade e objetividade. Esses dados se assemelham aos normativos para a versão feminina do BBT-Br no tocante à preferência pelo radical S (interesses sociais), marcando característica motivacional dessa faixa etária. A estrutura de inclinação primária negativa, que expressa os radicais motivacionais rejeitados na escolha profissional, apontou como principais rejeições do grupo feminino de estudantes os radicais K (força física e agressividade), M (matéria e substância) e W (sensibilidade, ternura e feminilidade). Também se assemelharam às normas disponíveis no BBT-Br nos radicais K e M.

No tocante aos achados das preferências pelos ambientes de trabalho (inferidos da estrutura secundária positiva), o grupo feminino evidenciou preferências por ambientes de trabalho com sensibilidade (*w*) e que proporcionem a satisfação da necessidade de relacionamentos interpessoais (*s*). Quanto aos indicadores de ambientes e instrumentos rejeitados (estrutura secundária negativa), o grupo feminino priorizou os radicais *m* e *v*. Sinalizam, portanto, não apreciar contextos que envolvam manipulação de substâncias e elementos financeiros e nem ambientes representativos do radical *v* (associado a objetividade e uso da razão).

O grupo masculino de estudantes apresentou estrutura primária positiva com destaque para os radicais motivacionais S, G e V. Desse modo, pode-se notar que os alunos sinalizaram preferência por atividades ligadas ao contato social e relações interpessoais, à criatividade e inovação, àquelas que requerem racionalidade e objetividade. Na estrutura primária negativa nota-se que o grupo masculino teve como primeiros radicais rejeitados: W (feminilidade, estética), M (finanças e organização material) e K (uso da força física, como trabalhos braçais), acompanhando padrões normativos existentes.

A análise da estrutura secundária positiva de inclinações profissionais (associada aos ambientes e instrumentos de trabalho) do grupo masculino mostrou-se prioritariamente associada aos radicais *o* (oralidade e nutrição) e *s* (contextos sociais).

No tocante aos radicais negativos da estrutura secundária do grupo masculino os dados acompanham a amostra normativa, evidenciando rejeição prioritária pelos radicais *m* (materialidade e manipulação de substâncias) e *o* (comunicabilidade ou o cuidado com a nutrição). É interessante notar que o radical *o* apareceu como sinal de reversão, tanto desejado quanto rejeitado, sugerindo algum conflito ou ambivalência dos estudantes em relação aos componentes de oralidade e nutrição. Reforçaram ainda sua estrutura primária negativa no BBT-Br, fortalecendo a interpretação de que no grupo masculino há pouco interesse por atividades de manipulação de elementos.

De forma geral, portanto, pode-se notar que as preferências e rejeições dos estudantes iniciantes do ensino médio pouco se diferenciaram dos referenciais normativos elaborados com estudantes do final do ensino médio na região sudeste do Brasil.

Passou-se, então, a examinar possível influência da origem escolar (pública ou particular) sobre as inclinações profissionais dos estudantes, comparando-se seus resultados médios (teste *t* de *Student*, $p \leq 0,05$). Percebeu-se diferença estatisticamente significativa nos componentes da estrutura primária positiva do BBT-Br no grupo feminino apenas no radical W (ternura e sensibilidade), onde a média para escola particular foi 1,44 e a média da escola pública foi de 2,56. As estudantes de escolas públicas apresentaram média superior nesse radical, sinalizando maior força em sua preferência por atividades vinculadas a ternura, feminilidade e sensibilidade, comparativamente a suas colegas de escolas particulares.

Em relação ao grupo masculino foram também identificadas diferenças estatisticamente significativas no radical W (ternura e sensibilidade), sendo a média da escola particular igual a 0,44 e a média da escola pública de 1,17. A média mais elevada de W nos estudantes de escolas públicas reforça sua preferência por atividades onde há espaço para sensibilidade e delicadeza, pelo menos em proporção maior que seus colegas da escola particular.

Foi possível identificar grande similaridade nas inclinações motivacionais dos estudantes do primeiro ano do ensino médio da região norte do Brasil quando comparados a seus colegas da região sudeste. Ou seja, mesmo em ambientes com diferenças socioculturais bastante grandes, as marcas predominantes nos interesses desses adolescentes foram muito semelhantes, parecendo atender a demandas do desenvolvimento mais do que a peculiaridades socioculturais regionais, dentro do contexto do ensino médio no Brasil.

Os indicadores relativos aos interesses obtidos pelo Questionário de Busca Autodirigida (SDS) são organizados em termos de tipos psicológicos predominantes, a partir das respostas dos estudantes. Os resultados médios dessas escolhas estão sistematizados na Tabela 2, em função do sexo e da origem escolar, sendo destacados em negrito os códigos Holland de destaque para cada grupo de estudantes.

Tabela 2: *Síntese dos perfis de interesse dos estudantes do primeiro ano do ensino médio derivados do SDS, em função do sexo e origem escolar.*

Origem escolar	Perfil no SDS - Tipologia de Holland	
	Sexo Feminino (n = 70)	Sexo Masculino (n = 75)
Geral (n = 145)	I S E A C R	E I S A R C
Pública (n = 52)	S I A E R C	E S I R C A
Particular (n = 93)	I E S A R C	I E S A R C

Numa análise do total de estudantes do primeiro ano do ensino médio de Manaus (AM), o grupo feminino preferencialmente escolheu os tipos Investigador (I) e Social (S), sinalizando interesses voltados às atividades de ensino e pesquisa, ao estudo da natureza e sociedade, e também interesses voltados ao relacionamento interpessoal e ajuda ao outro. Os estudantes do sexo masculino sinalizaram preferência pelo tipo Empreendedor (E) e Investigativo (I). Assim, evidenciaram apreciar o comando, a competição e a persuasão, combinado com interesses ligados a problemas e fenômenos da natureza e da sociedade, com tendência a gosto por atividades abstratas. Os resultados se assemelharam ao estudo de Okino (2009), tanto no grupo feminino (com os tipos Investigativo e Social) quanto no grupo masculino (tipos Investigativo e Empreendedor).

Ao analisar os códigos Holland prioritários no grupo feminino de estudantes, subdivididas em função de sua origem escolar (pública ou particular), notou-se o código SI na escola pública (predomínio dos tipos Social e Investigativo) e o código IE (predomínio dos tipos Investigativo e Empreendedor) nas estudantes de escola particular. No entanto, a comparação estatística dos resultados médios (teste *t* de Student, $p \leq 0,05$) dos perfis de interesse obtidos pelo SDS não identificou diferenças estatisticamente significativas em função da origem escolar (particular X pública) no grupo feminino de estudantes.

Já no grupo masculino o código Holland predominante da escola pública foi ES (Empreendedor e Social), enquanto na instituição particular predominou o código IE (Investigativo e Empreendedor). Ao se comparar os dados médios dos tipos RIASEC do grupo masculino de estudantes e a origem escolar, no entanto, emergiram duas diferenças estatisticamente significativas em função da origem escolar: no tipo Realista (R) e no tipo Convencional (C). Os estudantes de escola pública apresentaram médias mais elevadas do tipo R e do tipo C, caracterizando interesse mais acentuado por atividades em ambientes abertos, com máquinas e ferramentas (tipo R), além de sistemáticos e rotineiros (tipo C).

Essas evidências, portanto, promovem a reflexão de que a origem escolar e o sexo podem estimular padrões específicos de inclinações profissionais, o que parece ocorrer em diversas realidades socioculturais do Brasil, tanto na região norte quanto na região sudeste. Há que se comentar que o estudo de Oliveira e Melo-Silva (2010), embora com estudantes universitários, demonstrou que a origem escolar (particular ou pública) frequentada pelos estudantes ao longo de sua história acadêmica, tende a influenciar o processo de escolha da carreira e da universidade.

A concepção proposta por Holland (1996) defende que uma escolha profissional é produto da hereditariedade do indivíduo e de várias influências (família, companheiros, mercado de trabalho, classe social e cultura). Também Achtnich (1991) compartilha desse pressuposto ao afirmar que o contexto social exerce influência relevante no processo de composição das inclinações profissionais.

Pode-se considerar que ao se conhecer os radicais de inclinação profissional (por meio do BBT-Br) e os tipos de personalidade vocacional propostos por Holland (por meio do SDS), nos estudantes iniciantes do ensino médio em Manaus (AM), há possibilidades de estimular seu autoconhecimento. Com isso, poder-se-á favorecer a tomada de decisões, durante o percurso escolar, que melhor preparem suas opções profissionais, tendo em vista suas inclinações e interesses profissionais.

Considerações Finais

A caracterização das inclinações e dos interesses profissionais é elemento importante para a Orientação Profissional e de Carreira de estudantes em diversos níveis de ensino, como defendeu Achtnich (1991). Faz-se relevante, inclusive, citá-lo na seguinte passagem: “cada atividade (função) necessita não somente de uma aptidão correspondente, mas ao mesmo tempo, uma parte de disponibilidade afetiva

correspondente, uma inclinação” (p. 18). Ao identificar essa inclinação/interesse profissional e satisfazê-la por meio de atividades, o indivíduo tenderá a preservar sua saúde e bem-estar, premissa também postulada pela proposta da Personalidade Vocacional de Holland, Fritzsche e Powell (1994).

Pode-se, portanto, comentar que o presente trabalho favoreceu encontrar pistas para o processo de orientação profissional e de carreira no contexto educacional do ensino médio, com alunos iniciantes. Os achados sinalizaram componentes motivacionais compatíveis com o esperado para sua etapa de vida, acompanhando parâmetros normativos desses instrumentos, mesmo que elaborados em outro contexto sociocultural (região sudeste do Brasil), uma necessidade técnica que tem sido defendida pelo Conselho Federal de Psicologia e outros autores da área (CFP, 2013; Primi, 2010; Urbina, 2007). Esses resultados ilustram a relevância da identificação de necessidades e inclinações motivacionais de iniciantes do ensino médio da região norte, até o momento pouco conhecidas, de modo a estimular atividades formativas consistentes com suas demandas, favorecedoras de satisfação pessoal e profissional, além de contribuir para a Orientação Profissional e de Carreira.

A partir desses achados, no entanto, torna-se necessário refletir sobre seu limite informativo, tendo em vista o tipo de estudo realizado. Trata-se de uma primeira proposição investigativa de inclinações e interesses profissionais de estudantes que iniciam o ensino médio na realidade na cidade de Manaus (AM), porém com amostra limitada em termos numéricos e não aleatória, circunscrevendo os resultados como dados iniciais.

Além disso, há que se apontar que, por conta das aplicações coletivas dos dois instrumentos utilizados, análises individuais e de natureza qualitativa das motivações e justificativas dos estudantes ficam impossibilitadas, permitindo apenas a caracterização de perfis grupais, como presentemente descrito. No entanto, espera-se, a partir desses resultados preliminares, apontar a relevância e a contribuição de favorecer escolhas e decisões ocupacionais e profissionais pautadas em autoconhecimento e em análises realistas dos recursos disponíveis aos indivíduos, de forma que o trabalho seja uma oportunidade de realização pessoal e de descoberta de competências humanas e técnicas para construir a carreira profissional, como propõe Guichard (2012).

Referências

- Achnich, M. (1991) *BBT – Teste de Fotos de Profissões método projetivo para a clarificação da inclinação profissional*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Athanasou, J. A. & Van Esbroeck, R. (2007). Multilateral perspectives on vocational interests. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 7, 1-3.
- Brasil (2000). Ministério da Educação. *Parâmetros curriculares nacionais do ensino médio*. 109 p. Recuperado em 17 de maio de 2016, de <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/blegais.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Relatório do Ano Temático da Avaliação Psicológica 2011/2012*. Brasília, DF: Autor.
- Guichard, J. (2012). Quais os desafios para o aconselhamento em orientação no início do século 21?. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 13(2), 139-152. Recuperado em 17 de maio de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902012000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist*, 397-406.
- Holland, J. L; Fritzsche, B.A. & Powell, A.B. (1994). *SDS – Self-Directed Search: Technical Manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR).
- Jacquemin, A. (2000) *O BBT-Br : Teste de Fotos de Profissões: normas, adaptação brasileira, estudos de caso*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Jacquemin, A., Noce, M. A., & Assoni, R. F. (2000). *Dicionário de Atividades Profissionais: BBT-Br: Teste de Fotos de Profissões*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisa em Psicologia.
- Jacquemin, A.; Melo-Silva, L. L.& Pasian, S. R. (2010). *Berufsbilder Test (BBT): teste de fotos de profissões em processos de orientação profissional*. In: Levenfus, R. S. *Orientação Vocacional Ocupacional*. Porto Alegre: Artmed, pp. 211-224.
- Jacquemin, A.; Okino, E. T. K.; Noce, M. A.; Assoni, R. F. & Pasian, S. R. (2006) *O BBT-Br Feminino – Teste de Fotos de Profissões: adaptação brasileira, normas e estudos de caso*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Leitão, L. M.; Miguel, J. P. (2001). Os interesses revisitados. *Psychologica*, 26, 79-104.

- Lent, R., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a Unifying Social Cognitive Theory of Career and Academic Interest, Choice and Performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 79-122.
- Munhoz, I.M.S.; Melo-Silva, L.L. (2012). Preparação para o trabalho na legislação educacional brasileira e educação para a carreira. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 16(2), 291-298.
- Nunes, M. F. O.; Okino, E. T. K.; Noce, M. A. & Jardim-Maram, M. L. C. (2008). Interesses Profissionais: perspectivas teóricas e instrumentos de avaliação. In: *Avaliação Psicológica*, 7(3), pp. 403-414.
- Okino, E. T. K. (2009). *O SDS e o BBT-Br em Orientação Profissional: Evidências de validade e precisão*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós- Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia. Ribeirão Preto, 202 p.
- Okino, E. T. K. & Pasian, S. R. (2010). Evidências de precisão e validade do Teste de Fotos de Profissões (BBT-Br). *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(1), 23-35.
- Pasian, S. R.; Okino, E. T. K. & Melo-Silva, L. L. (2007). O Teste de Fotos de Profissões (BBT) de Achtnich: histórico e pesquisas desenvolvidas no Brasil. *Psico-USF*, 12(2), 173-187.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (n. especial), 25-30.
- Primi, R.; Mansão, C. M.; Muniz, M. & Nunes, M. F. O. (2010) *SDS - Questionário de Busca Autodirigida: manual técnico da versão brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Welter, G. M. & Capitão, C. G. (2009). Inclinação Profissional e Personalidade: Estudo de Correlação entre Medidas desses Construtos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(3), 588-601.

O Questionário Desiderativo e os recursos defensivos de profissionais da saúde

Danuta Medeiros

Universidade São Judas Tadeu

Antonio Augusto Pinto Junior

Universidade Federal Fluminense

Resumo: Introdução. Da missão em resgatar pobres, moribundos e doentes do meio social à função de salvar vidas, o hospital percorreu um longo caminho até chegar ao modelo encontrado hoje. Atualmente o hospital representa a própria força do homem na batalha contra a morte, recuperando, reabilitando e promovendo a saúde. Trabalhar neste “setting” deve então ser compreendido como uma atividade difícil e insalubre determinada, por um lado, pelo próprio objeto de trabalho: a dor, o sofrimento e a morte, e por outro, pelas formas de organização do trabalho, a partir de uma rotina rígida e pré-estabelecida. Os profissionais de saúde para enfrentar tal situação extremamente ansiógena geralmente fazem usos de mecanismos de defesa de vários tipos, que funcionam como um escudo frente à angústia. Diante do exposto, torna-se necessário o estudo que privilegie abordagens de pesquisa capazes de desvelar a manifestação da subjetividade grupal da qual o trabalhador de saúde faz parte. Objetivo. Procurou-se compreender o funcionamento egóico e os mecanismos de defesa utilizados por profissionais da saúde atuantes no contexto hospitalar. Método. Participaram do estudo 20 profissionais da saúde de diferentes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Os dados foram coletados através do Questionário Desiderativo e analisados pelo referencial proposto por Nijamkin e Braude (2000), numa perspectiva psicanalítica. Resultados. Os resultados mostram que os profissionais diante da situação de dor e morte no contexto hospitalar se vêem obrigados a lançarem mão de recursos defensivos para dar conta de suas atribuições, utilizando principalmente a sublimação e a negação como formas de enfrentamento da angústia. Considerações Finais. O Questionário Desiderativo mostrou-se um instrumento sensível para a compreensão da estruturação do ego e identificação das angústias diante da morte.

Palavras-chaves: *Morte; hospital; profissionais de saúde; Questionário Desiderativo; técnicas projetivas.*

Introdução

A instituição hospitalar surgiu historicamente no ano 360 d.C., como uma instituição de assistência aos pobres, e principalmente sendo utilizada como um local de separação e exclusão (Foucault, 1979; Campos, 1995; Nigro, 2004). A sociedade por muito tempo defendeu-se do que na época se considerava “sujo, maldito, perigoso; o que não podia ser mostrado nem visto: o doente” (Nigro, 2004, p.23). Até a Idade Média, os doentes de famílias tradicionais eram cuidados em casa; da mesma forma, a morte era entendida como um fenômeno natural e vivenciada também no ambiente doméstico. O surgimento do hospital como unidade de tratamento de doenças tal como concebido atualmente surge aos poucos, com o ajuste, segundo Foucault (1979), de dois processos: o deslocamento da intervenção médica e a “disciplinarização” do espaço hospitalar.

De acordo com Pitta (1999) a construção de todo um dispositivo de cuidados, tomando como referencial a dor e a morte, fez com que a medicina e todas as práticas de saúde assumissem um caráter sagrado/profano que as empurrassem para uma perigosa e

fascinante mítica. Para Kovács (1987), o homem, de forma geral, antes do advento da tecnologia médica estava mais familiarizado com a morte, sendo permitida a expressão de tristeza e dor. A partir do desenvolvimento da tecnologia médica, a vivência da morte com todas as expressões subjetivas são deslocadas ao hospital, que a partir do séc. XVIII tem seu significado e práticas também transformados.

A situação do trabalho no contexto hospitalar frequentemente suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nesses profissionais, que diante disso tendem a rejeitar pensamentos mórbidos. Conforme afirma Kovács (1992), a diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais da área de saúde, é que na vida destes, “a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diária” (p.235). Frente a isso os membros da instituição hospitalar geralmente desenvolvem mecanismos de defesas (Pitta, 1999).

Kusnetzoff (1982) afirma que diante de estímulos que possam resultar num perigo ameaçador do equilíbrio do aparelho psíquico, entram em funcionamento as diversas operações defensivas, tendentes a reduzir a tensão. A palavra defesa, numa visão psicanalítica, exprime o conjunto de operações efetuadas pelo ego perante os perigos que procedem do id, do superego e do mundo exterior. Para Kusnetzoff (1982, p.206) "o ego em si mesmo é uma defesa que se constitui perante os perigos internos e externos". Neste sentido, os mecanismos de defesa podem ser considerados estratégias utilizadas pelo Ego para lidar com os diferentes eventos ou perigos que podem gerar angústia ou sofrimento.

No que se refere especificamente aos mecanismos de defesa utilizados pelo profissional de saúde frente à vivência de dor e morte, Pitta (1999) aponta alguns: sublimação, fragmentação da relação técnico-paciente, despersonalização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimentos, tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas e redução do peso das responsabilidades. A partir do exposto, faz-se de grande importância compreender as angústias e os mecanismos de defesa utilizados por estes profissionais no trato com seus pacientes, procurando lançar luz sobre a dinâmica e motivos inconscientes de suas atitudes, as quais numa análise leiga e superficial pode ser compreendida como insensibilidade, frieza e desconsideração ao sofrimento humano.

A literatura aponta que os testes projetivos, por serem constituídos de materiais ambíguos e pouco estruturados, em que o indivíduo está livre para responder, facilitam a projeção de aspectos mais profundos da personalidade (inconscientes). Assim, as

instruções ou os estímulos destes instrumentos atuam como mediadores das relações vinculares que mobilizam variados aspectos na vida emocional (Augras, 1980; Grassano, 1996; Bunchaft & Vasconcellos, 2001). Desta forma, através da Avaliação Psicológica com uso de testes projetivos é possível a compreensão do funcionamento psíquico do ser humano.

Destaca-se aqui como técnica projetiva o Questionário Desiderativo, um instrumento que estuda o grau de estruturação do Ego por meio de expressão verbal, mobilizando ansiedades e defesas. Esse instrumento consiste basicamente na questão: "O que você gostaria de ser se não fosse uma pessoa? Por quê?", solicitando três escolhas e três rejeições com as respectivas explicações. A resposta escolhida corresponde ao símbolo desiderativo e o porquê da resposta representa a expressão desiderativa. Tanto as escolhas, como as rejeições são enquadradas em três categorias: animal, vegetal e reino inanimado (Bunchaft & Vasconcelos, 2001; Nijamkin & Braude, 2000).

Desta forma, este teste proporciona ao sujeito que o experencie uma vivência de aniquilação enquanto ser humano, pois precisa imaginar-se como figura não-humana, portanto e implicitamente: morta (Medeiros & Pinto Junior, 2006). Assim, a cada nova consigna o sujeito submete-se a novas perdas, ou seja, mortes imaginárias. Para Nijamkin e Braude (2000), o Questionário Desiderativo coloca o sujeito frente à pulsão da morte e a impossibilidade de ser, podendo ser observado por meio das respostas o esforço defensivo do Ego para se recuperar e absorver o impacto sofrido, assim como sua modalidade defensiva predominante. Trata-se de um instrumento indicado para explorar a angústia, fantasias e defesas em torno da morte (Ocampo, 1981).

A interpretação do Questionário Desiderativo tem como referencial básico as concepções psicanalíticas de Melanie Klein, especialmente a partir dos conceitos de introjeção¹⁷, projeção¹⁸ e "*splitting*"¹⁹ (divisão) do Ego. Diante do exposto, o presente

¹⁷ De acordo com Kusnetzoff (1982) entende-se introjeção como um mecanismo que consiste na assimilação, por parte do indivíduo, de atributos ou qualidades de um determinado objeto exterior.

¹⁸ Segundo Laplanche e Pontalis (2001) a projeção seria a "operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo 'objetos' que ele desconhece ou recusa nele" (p.374).

¹⁹ O mecanismo "*splitting*", cisão, divisão, ou ainda clivagem do ego, de acordo com Kusnetzoff (1982) divide o Ego, e o aspecto mais interessante que transparece na divisão egóica proposta é que "esses dois núcleos funcionam com uma lógica diferente, onde um deles é escravo do Princípio da Realidade, e, portanto, admite a diferença sexual anatômica, tendo por isso saído do narcisismo, aceitando a castração e a ausência do pênis na mulher" (p.191); e o outro núcleo permanece "submisso ao Princípio do Prazer, rejeita, rechaça, repudia, conduzindo-se como se negasse o conhecimento da diferença sexual anatômica

estudo objetivou compreender a estrutura egóica de profissionais de saúde no contexto hospitalar por meio do Questionário Desiderativo, descrevendo os mecanismos de defesa utilizados por esses profissionais no trabalho de assistência e cuidados com seus pacientes, suas angústias frente às situações de adoecimento e morte destes pacientes e descrever as formas como os mesmos manifestam e canalizam as angústias referentes ao instinto de morte.

Método

Participaram dessa pesquisa 20 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e fisioterapeutas) trabalhadores de Instituições Hospitalares do Estado de São Paulo, sendo 16 mulheres e 4 homens, com idades entre 23 e 60 anos. Vale ressaltar que a pesquisa e os dados foram tratados segundo as normas éticas que regem a pesquisa com seres humanos e o próprio Código de Ética Profissional do Psicólogo, sendo aprovada por um Comitê de Ética antes do início de sua realização.

Após entrevista inicial, foi aplicado o Questionário Desiderativo conforme as orientações e instruções propostas Nijamkin e Braude (2000) e também analisados primeiramente individualmente, a partir do referencial psicanalítico proposto pelas mesmas autoras: 1. Adequação a consigna (instrução) e Instrumentalização dos Mecanismos de Defesa instrumentais; 2. Sequências das Vicissitudes da ansiedade; 3. Tempo de reação; 4. Sequência dos reinos; 5. Análise de cada catexia. A partir das análises individuais, procedeu-se a análise geral, buscando os itens que convergiram nas categorias anteriormente citadas, chegando, assim, a compreensão do funcionamento egóico dos profissionais de saúde no contexto hospitalar e os mecanismos utilizados por eles frente às angústias de morte.

Resultados e Discussão

As entrevistas iniciais, além de proporcionar um “rapport” com os participantes, revelou importantes aspectos relacionados a personalidade dos mesmos. Em relação aos motivos que impulsionam estes profissionais (ver Tabela 1), em sua grande maioria, se relacionam muito mais com fatores subjetivos e afetivos, ou seja, o cuidar do outro, do que com fatores externos e sociais, procurando, como citado pela autora Pitta (1999), o

e, em consequência, não saiu do narcisismo e o órgão feminino não existe ou, no melhor dos casos, a mulher também tem pênis” (p.191).

deslocamento de aspirações e conflitos através da compensação, transfiguração simbólica e pela sublimação. Este dado pode ser percebido do discurso do participante PM3 – médio, sexo masculino, 46 anos: *“Aptidão infantil desde criança. Tinha em mente ser médico, gostava muito de ver a atuação médica dos adultos. Isso... transformava um sonho, e fui buscando isso na realidade de ser médico”*.

O fato destes profissionais se identificarem com a missão do cuidar do outro, apontando a vocação ou aptidão para os motivos de sua escolha profissional, pode ser considerada uma estratégia sublimatória²⁰ frente a angústia da morte, transformando-a em atos e atividades socialmente reconhecidos que possibilitam a realização do desejo num caminho alternativo à repressão (Pitta, 1999). Desta forma, considerada como um mecanismo de defesa mais adaptativo e evoluído, a sublimação é uma via para contribuir com o patrimônio cultural e social, no caso dos profissionais de saúde, o restabelecimento da saúde dos indivíduos (Medeiros & Pinto Junior, 2006).

Tabela 1. Distribuição das categorias de motivação da escolha profissional, segundo número e percentual.

CATEGORIAS DA ESCOLHA PROFISSIONAL	N	%
Identificação / aptidão	16	64
Acaso	4	16
Admiração pela profissão / poder	4	16
Influência familiar	1	4

Na categoria "adequação a consigna", como pode ser visualizado logo a seguir (Ver Tabela 2) a maioria, 38% do total de profissionais, apresentou fracasso da racionalização. No Questionário Desiderativo, a racionalização se evidencia quando o sujeito justifica a razão de sua escolha e pode fazê-lo dentro da lógica formal. Desta forma, uma grande parcela dos participantes da pesquisa apresentou dificuldade para referir os motivos de sua escolha, como pode ser visto na resposta de PE4 – enfermeira, sexo feminino, 27 anos: (3-) *“Eu não gostaria de ser um gato. Porque eu não gosto de gato. Eu tenho uma repulsa... não sei...”*.

²⁰ A sublimação, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), é o “processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. (...) Diz-se que a pulsão é sublimada na medida em que é derivada para um novo alvo não sexual ou que visa objetos socialmente valorizados p. 638).

Tal falha, para Nijamkin e Braude (2000), pode representar uma dificuldade para distinguir fantasia e realidade e a sensação que as perguntas são um ataque à sua integridade; ou ego não diferenciado, não reconhecendo situações geradoras de ansiedade e não sabendo que recursos utilizar em sua defesa. Na pesquisa, este fato nos parece dever-se à dificuldade de nomear e mesmo entender um fenômeno caracteristicamente humano, ou seja, a morte, que ameaça a integridade e o sentimento de onipotência do sujeito.

Tabela 2. Distribuição das categorias de adequação à consigna, segundo número e percentil.

CATEGORIAS DE ADEQUAÇÃO À CONSIGNA	N	%
Fracasso parcial da repressão básica	10	23
Fracasso total da repressão básica	0	0
Respostas antropomórficas	1	3
Confusão	9	21
Fracasso da identificação projetiva	7	16
Fracasso da racionalização	16	37

No que se refere à sequência das vicissitudes da ansiedade, 65% apresentaram ansiedade crescente; 20% apresentaram ansiedade decrescente e 15% ausência de ansiedade. As instruções do instrumento mobilizam a uma ansiedade persecutória, o sujeito sente-se atacado pela consigna. Indivíduos com egos fortes, segundo Albuquerque e colaboradores (1997), tendem a apresentar diminuição da ansiedade persecutória à medida que o teste avança, acontecendo o inverso ao indivíduo com ego fraco. O que se espera então, num protocolo "normal", é que a ansiedade diminua ao longo da produção, dando lugar a um processo de aprendizagem (Nijamkin & Braude, 2000). Porém a grande maioria apresentou o aumento da ansiedade, indicando egos fracos, com dificuldade de lidar com a morte e a impossibilidade de ser.

Quanto ao tempo de reação frente a consigna, 61% apresentaram um tempo adequado, 22% crescente e 17% breve. Estes dados nos apontam que embora os profissionais de saúde no contexto hospitalar revelem conflitos significativos em relação à morte, eles, em sua grande maioria, conseguem restabelecer-se adequadamente para responder as consignas.

A sequência dos reinos escolhidos, 60% responderam ao Questionário Desiderativo seguindo a sequência dos reinos de forma esperada. Considerando que para Nijamkin e Braude (2000) a sequência esperada para as respostas positivas deve ser: (1+) reino animal, (2+) reino vegetal e (3+) reino inanimado e que com relação às catexias negativas, a sequência não seria necessariamente inversa, mas não seguiria a mesma ordem das positivas. As repostas dos participantes do estudo apresentam um movimento de resgate e preservação da integridade egóica desses profissionais de saúde mesmo frente uma situação extremamente ansiógena e conflituosa, como a situação de dor e perda.

Para análise de cada catexia escolhida, foram analisadas primeiramente as catexias positivas, para depois considerar as negativas. Quanto às catexias positivas, aquelas que para Albuquerque (1997) representam valores que se deseja conservar, todas as racionalizações do reino animal se referiam à liberdade, tais como, pássaro, gato, águia, etc. Os exemplos a seguir podem confirmar: participante PFi2 – fisioterapeuta, sexo feminino, 23 anos: (1+) *“Golfinho. Ah... porque é livre, é solto [...]”* ou resposta da participante PFo2 – fonoaudióloga, sexo feminino, 33 anos: (1+) *“Ah... um pássaro! Pela liberdade, voar, plainar nos ares”*. A escolha de símbolos que invocam a liberdade pelos participantes desta pesquisa pode estar relacionada ao sentimento de se ver preso a um ambiente repleto de angústia, dor e sofrimento, como o hospital.

Alguns símbolos não pertencentes a nenhum dos reinos esperados foram escolhidos nas catexias positivas, todos relacionados ao sentimento de onipotência: Sol, Lua, Estrela, Inteligência Sobrenatural. Exemplo: participante PM5 – médico, sexo masculino, 60 anos: (3+) *“Talvez algum ente que pudesse ter uma inteligência sobrenatural. Pudesse resolver muitas situações que a humanidade vive neh... e que a gente poderia evitar. Abrir um pouco mais a cabeça das pessoas contra o ódio, contra a soberba, contra essa necessidade que o homem as vezes tem do egoísmo, de só pensar em si, não pensar nos outros. Enfim, eu queria ser uma pessoa que pudesse ter essa mente, essa qualificação pra... de transformadora da mentalidade humana. Não sei se a pretensão é muito grande, eu... mas não é Deus não! Deus é outra coisa, completamente diferente. Mais alguma coisa que pudesse quem sabe entrar pela cabeça das pessoas e transformar essas pessoas”*.

Por serem símbolos que mais se distanciam do humano, tais respostas sugerem uma maior quantidade de angústia, denotando, assim, a dificuldade do sujeito em entrar

em contato com a morte ou fragilidade humana. Sobre isso, Nijamkin e Braude (2000) afirmam que tais respostas constituem uma resposta maníaca de desconcentra-se de uma parte de si mesmo, transformando-se reativamente no contrário, como forma de preservar um estado ideal de equilíbrio.

Deve-se considerar que as catexias negativas dizem respeito à valores, atributos e características indesejáveis dos objetos, ou seja, o que se deseja perder, livrar-se, enfim, rejeitar. Na pesquisa com os profissionais hospitalares todos os símbolos se relacionaram a objetos descartáveis, à morte e/ou sofrimento, como cesta de lixo, caixão, arma e maca.

Outros símbolos, não pertencentes a nenhum dos três reinos esperados, foram escolhidos nas catexias negativas, assim como já tinha ocorrido nas catexias positivas. Dessa vez, todos relacionados ao sofrimento humano em suas várias manifestações, inclusive o adoecimento e a hospitalização: poluição, miséria, paciente, etc. Como pode ser visto na resposta da participante PFo1 – fonoaudióloga, sexo feminino, 34 anos: (2-) “Nem pessoa nem animal... Miséria. Porque dói”. Vale retomar aqui que, segundo Nijamkin e Braude (2000), tais respostas constituem-se maníacas, pois se referem a símbolos desagregados nos quais não há delimitação entre o eu e o não-eu.

Considerações Finais

O referido estudo possibilitou a identificação das formas como os profissionais de saúde no contexto hospitalar enfrentam seus dilemas e embates pessoais com a morte e como reagem diante das situações geradoras de sofrimento psíquico. Assim, as dificuldades destes profissionais no cotidiano de seu trabalho implicam na necessidade do uso de defesas para distanciarem-se do emocional e para tornar mais amena a relação com o paciente. Não diferentemente da população em geral, os profissionais da saúde apresentam dificuldade para compreender e enfrentar a morte, no entanto conseguem restabelecer-se adaptativamente, mantendo preservada a integridade egóica.

Os dados apontam a necessidade de um espaço para que os profissionais que trabalham no contexto hospitalar possam manifestar suas angústias e temores, o que poderia ser viabilizado por um trabalho de escuta analítica ou de análise institucional. Este recurso poderia beneficiar indiretamente os pacientes, que poderiam ser genuinamente acolhidos e cuidados no hospital geral. Além disso, o Questionário Desiderativo mostrou-se um instrumento sensível para a compreensão da estruturação

do ego e identificação das angústias diante da morte, apontando a necessidade de outros estudos que favoreçam a validação desse instrumento para a realidade brasileira.

Referências

- Albuquerque, A. S. C. (1997). *A representação da morte em pacientes HIV/AIDS: o inominável do século XX*. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Psicologia Hospital do Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste.
- Augras, M. (1980). *A dimensão simbólica: o simbolismo nos testes psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Avellar, L.Z., Iglesias, A. & Fernandes, P.V. (2005). A morte na concepção dos profissionais da área de enfermagem. *I Congresso Latino-Americano da Psicologia*. São Paulo: ULAPSI.
- Bunchaft, G. & Vasconcellos, V. L. P. (2001). Padronização do Teste Desiderativo no contexto da Análise Transacional: resultados preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 19-25.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (1987). O Medo da Morte: Uma Abordagem Multidimensional. *Boletim de Psicologia*, v. 37, 58-62.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Medeiros, D, & Pinto Junior, A. A. (2006). Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do questionário desiderativo. *Revista da SBPH*, 9(1), 91-99.
- Nigro, M. (2004). *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ninjamkim, G. & Braude, M. (2000). *Questionário Desiderativo*. São Paulo: Vetor.
- Ocampo, M.L.S. (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pitta, A. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. Editora Hucitec.

O Questionário Desiderativo: Contribuições para uma atualização da interpretação

Susana Sneiderman

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)
Universidad del Salvador (USAL)

Marlene Banhos

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)

Resumo: Introdução: A valiosa técnica de estimulação e de produção verbal que apresenta uma simples consigna e administração alcança respostas que permitem aprofundar o conhecimento da subjetividade. Ela explora os desejos pulsionais, mecanismos de defesas e também o grau de organização e fortaleza egóica e o repertório de defesas e sua eficácia. Indica conflitos e pontos de fixação predominantes, capacidade de simbolizar, elaborar perdas, criatividade, tolerância à frustração e reflete características e traços de caráter de um sujeito. Objetivo: Pretende-se dotar de maior confiabilidade e validade o “Questionário Desiderativo”, tanto no âmbito científico da Psicologia quanto no âmbito da América Latina. Visa-se a transmitir os resultados de uma investigação de doutorado (Sneiderman, 2011), que apresenta uma atualização interpretativa levando em consideração conceitos freudianos e pós-freudianos, somando estudos da linguagem (Algoritmo David Liberman de David Maldavsky). Tem-se notado que, ao interpretá-lo somente com indicadores tradicionais, há uma limitação das possibilidades de incluir o diagnóstico de patologias atuais, como enfermidades psicossomáticas, adições, tendência ao acidente, entre outras. Método: Qualitativo Interpretativo. Resultados: Pode-se salientar que, com a reformulação dos indicadores interpretativos e a combinação com a teoria freudiana das pulsões e as contribuições de Liberman e Maldavsky, tem-se conseguido aprofundar e ampliar as possibilidades diagnósticas do Questionário Desiderativo. Observa-se também a sensibilidade diagnóstica da técnica para explorar as defesas. Conclusão: Interessa-se em realizar investigação pós-doutorado que permita a interpretação do Questionário Desiderativo tendo como base uma amostra de sujeitos tanto clínicos quanto não clínicos coletadas na República Federativa do Brasil, a fim de validar o presente Questionário no Conselho Federal de Psicologia e assim outorgar a hierarquia que esta técnica merece. Conta-se com a contribuição do Dr. Antonio Pintos Junior (Universidade Federal Fluminense - RJ).

Palavras-chave: Questionário Desiderativo; Desejos; Defesas; Patologias atuais.

Introdução

O Questionário Desiderativo é baseado no Teste Desiderativo de origem espanhola de Pigem e Córdoba (1946). A fundamentação teórica desta técnica baseia-se principalmente na teoria dos valores de Spranger.

Jaime Bernstein (1956) estudou e reformulou sua consigna e interpretação utilizando, principalmente, o enfoque Kleiniano, ou seja, as conceitualizações básicas como as relações objetais, mecanismos de idealização, objeto bom, objeto mau, ansiedades e também contribuições da psicanálise freudiana, de Jung e Adler. O objetivo desta técnica projetiva verbal tem sido classicamente definido como a exploração do grau de organização egóica de um sujeito, sua capacidade para elaborar as perdas, a possibilidade de detectar, a nível prognóstico, a capacidade de mudança psíquica a capacidade adaptativa do ego. Tal técnica projetiva oferece, ainda, as características e traços da personalidade de um sujeito, seu repertório de defesas e se estas são eficazes ou não. Também, indica sobre os conflitos básicos e pontos de fixação predominantes.

Atualmente, por intermédio da pesquisa realizada por Susana Sneiderman (2011) é possível investigar, através do Questionário Desiderativo, o desenvolvimento dos processos que ocorrem no psiquismo e na subjetividade, observar quais são as defesas às quais o sujeito recorre diante de situações de temor e de ameaça e, também, o grau de eficácia das mesmas, assim como predizer o que ocorre ao fracassar as defesas mais adaptativas.

A presente técnica consta de dois grupos de consigna, organizados numa série de perguntas que promovem a expressão verbal de pelo menos três escolhas simbólicas de valoração positiva (catexias positivas) e três escolhas simbólicas de valoração negativa (catexias negativas). Propõe-se ao sujeito selecionar um símbolo acompanhado por uma *justificativa argumentativa*.

Quanto as **catexias positivas** têm-se que: 1+ “Se você não pudesse ser pessoa o que é que mais *desejaria* ser?”. Consigna-se o tempo de reação e pergunta “Por quê?”. 2+ “Se você não pudesse ser pessoa nem (se faz referência à categoria à que pertença a resposta dada em 1+, por exemplo: animal) o que é que mais *desejaria* ser?”. Consigna-se o tempo de reação e pergunta “Por quê?”.

3+ “Se você não pudesse ser nem pessoa nem (categoria escolhida em 1+, por exemplo, animal) nem (categoria escolhida em 2+, por exemplo, vegetal) o que é que mais *desejaria* ser?”. Consigna-se o tempo de reação e pergunta “Por quê?”.

Em relação às **Catexias Negativas**: 1- “Se você não pudesse ser pessoa o que é que menos *desejaria* ser?”. Consigna o tempo de reação e pergunta “Por quê?”.

2- “Se você não pudesse ser pessoa nem (se alude à categoria escolhida em 1-), o que é que menos *desejaria* ser?”. Consigna-se o tempo de reação e pergunta “Por quê?”.

3- “Se você não pudesse ser pessoa nem (categoria escolhida em 1-) nem (categoria escolhida em 2-) o que é que menos *desejaria* ser?”. Consigna o tempo de reação e pergunta “Por quê?”.

Ao finalizar a administração sempre sugere solicitar ao sujeito um relato de um sonho ou lembrança a fim de dar-lhe um espaço para que se reorganize. Se o sujeito se encontrar muito bloqueado, pode-se também solicitar a opção de que realize um desenho livre.

As consignas apontam para que o sujeito se “des-identifique” de sua identidade humana, ao mesmo tempo em que se lhe oferece a possibilidade de “re-identificar” parcialmente com a eleição de símbolos não humanos. Assim, o sujeito enfrenta uma situação “como se” e de acordo com o grau de fortaleza de sua organização egóica,

como também aos recursos defensivos que o mobiliza, tentará sobrepor-se à situação de perda e regressão que promove a consigna. Quando reportamos a fortaleza egóica nos referimos se esta instância é organizada, com capacidade de discriminação, com suas funções conservadas, com disposição de adaptação como também a habilidade de regular e dominar impulsos. Pode-se dizer, então, que o Questionário Desiderativo permite explorar tanto a capacidade adaptativa quanto o repertório defensivo e quais as erogeneidades dominantes de um sujeito e como o mesmo se elabora e se repõe diante das perdas.

Mediante as catexias positivas descreve-se simbolicamente a forma que o sujeito tem de se defender ante aos perigos e as ameaças. Por-se-ão em jogo - ou não - as defesas mais adaptativas. As catexias negativas expressam à fantasia que o Eu teme que possa lhe suceder se não puder apelar aos recursos defensivos que mostrou nas catexias positivas, como também as consequências negativas que tem sobre o Eu no uso dessas defesas.

Segundo a Psicanálise, os símbolos são condensações que podem ser interpretadas a partir tanto do universal quanto do histórico, do cultural e do individual, os quais fazem com que possuam diferentes significações sobrepostas. O símbolo é o modo de representação indireto e figurado de uma idéia, de uma fantasia, de um conflito ou de um desejo. Segundo Laplanche (2012), a simbolização sempre alude aos pais, aos vínculos, ao nascimento, ao corpo, à sexualidade, à genitalidade e à morte. Interpretaremos os símbolos tomando em conta o universal e cultural, mas considerando especial ênfase no geral e no subjetivo, para poder chegar a categorizá-los. Cada tipo de símbolo que é selecionado no Questionário Desiderativo possui características gerais que são compartilhadas por consenso e outras que são próprias do mundo interno do sujeito e que o torna, portanto, particular.

Os símbolos podem ser categorizados como: símbolos orgânicos (Eros), símbolos inorgânicos (Tanatos), símbolos não classificáveis. Os símbolos orgânicos (Eros) são: animais, subclasses domésticos, selvagens, aves, répteis, insetos, etc. Vegetais, plantas, árvores, arbustos, flores, pasto, erva, sementes, frutos, etc. Anatômicos, podem ser partes do corpo, escolhas ligadas a funções do corpo ou órgãos, como um olho, o coração, o cérebro, um neurônio, etc. Microorganismos, alguns exemplos são: bactéria, vírus, célula, parasita, micróbio, germe, toxina, átomo, bacilo, etc.

Quanto aos símbolos inorgânicos: objetos inanimados materiais: adornos, móveis, automóvel, avião, casa, roupas, arma, bomba, faca, etc. Elementos e fenômenos da natureza associados ao movimento: água, mar, rio, vento, tormenta, trovão, fogo, nuvem, chuva, tornado, granizo, etc. Elementos naturais inanimados observáveis à distância como estrela, planeta, meteorito, o universo, o sol, etc. Elementos minerais inanimados: rocha, diamante, quartzo, montanha, pedra, areia, terra, etc. Símbolos inanimados de origem animal ou vegetal: comestíveis e alimentos, um fruto caído, etc. Símbolos abstratos: o saber, a beleza, uma cor, uma lembrança, energia, a maldade, a bondade, etc. Símbolos culturais: símbolos valorizados por representar a cultura e o conhecimento, livro, biblioteca, um quadro de autor, escultura etc. Um inovador: Google. Já os símbolos não classificáveis são os símbolos antropomórficos que conservam traços ou características ligadas ao humano e com transcendência temporal, como anjo, espírito, Deus, sereia, fantasma, etc. Os símbolos mitológicos, ligados a personagens animados de mitos e lendas; como o unicórnio, a ave Fênix.

Revisão bibliográfica

Embora o Questionário Desiderativo ainda não tenha sido validado pelo Conselho Federal de Psicologia no Brasil, encontramos, na revisão bibliográfica, inúmeras pesquisas relacionadas a esta técnica projetiva. Dentre elas temos:

- ✓ Tardivo, L. S. L. P. C. (1999). “A estruturação do ego: o estudo do grau de estruturação do ego de profissionais de saúde através do Questionário Desiderativo”. Revista da Vetor Editora, São Paulo.
- ✓ Bunchaft, G. e Vasconcellos, V. L. P. (2001). “Padronização do Teste Desiderativo no Contexto da Análise Transacional: Resultados Preliminares”. Universidade Federal do Rio de Janeiro, União Nacional dos Analistas Transacionais.
- ✓ Souza, E. L.; Tardivo, L. S. L. P. C. (2002). O uso do Questionário Desiderativo na esquizofrenia: estudos de casos. Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, Campinas – SP.
- ✓ Freitas, D.C. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2002). ”O questionário Desiderativo e cegas congênitas: um estudo de personalidade.” Boletim de Psicologia (online), 52 (117).

- ✓ Luciana de Carvalho Monteiro, Cândida Helena Pires de Camargo y Mônica Toniolo, (2002) “Um estudo comparativo sobre o grau de comprometimento nos testes psicológicos de dois irmãos gêmeos univitelinos com esquizofrenia “Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 3, nº 1, 2002, pp. 110-123”.
- ✓ Jardim-Maran, M. L. C. (2004). A escolha profissional de adolescentes através do BBT-Br e do Questionário Desiderativo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Psicologia e Educação.
- ✓ Claudio García Capitão e Maria Amélia G. Zampronha (2004) - o artigo “Câncer na Adolescência: Um estudo com instrumento projetivo”
- ✓ Paulo, M. S. L. L. (2006). O diagnóstico psicológico na perspectiva do contato terapêutico: o Psicodiagnóstico Interventivo. XIII Congresso Latino-americano de Rorschach e Métodos Projetivos, CD-Rom. Lima, Perú.
- ✓ Medeiros Guimarães, N.; Pasian, S. R.; Barbieri, V. (2006). “A equação simbólica como recurso terapêutico: contribuições para análise do questionário desiderativo”. Universidade de São Paulo.
- ✓ Medeiro, S. D.; Pinto Junior, A. A. (2006). Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do questionário desiderativo. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (Belo Horizonte), v. 9, p. 91-99.
- ✓ Amaro Yasige, L.; Villemor- Amaral, A. (2008). Avaliação psicológica de pacientes com melanoma ocular por meio do Questionário Desiderativo” e Villemor-Amaral
- ✓ Pinto Junior, A.; Tardivo, Leila Salomão; Azevedo, Maria Amélia; Guerra, V. N. A. (2008). Aspectos psicodinâmicos de agressores sexuais domesticos de niños y adolescentes: consideraciones a partir del cuestionario desiderativo. III Congreso Argentino de Salud Mental, Buenos Aires. Modernidad, tecnología y síntomas contemporaneos.
- ✓ Pinto Junior, A.; Tardivo, Leila Salomão. (2015). Estudio del funcionamiento psicodinamico de agresores sexuales con el Cuestionario Desiderativo. Subjetividad y Procesos cognitivos, Vol. 19, Nº 2, 2015 Pág. 187-207.

Na Argentina é uma das técnicas projetivas mais utilizadas e valorizadas e conta com numerosos trabalhos científicos publicados em diferentes revistas e apresentados em congressos. Nesta oportunidade referiremos, somente àquelas que publicaram livros

acerca do tema, principalmente as discípulas de Jaime Bernstein: E. Grassano (1977), M. E. Garcia Arzeno (1987), M. L. Ocampo (1987), H. Friedenthal (1987), G. Celener e M. Braude (1990), S. E. Pérez de Polacino e M. E. León (2010) e a última contribuição de S. Sneiderman (2012), “El cuestionario Desiderativo: aportes para una actualización de la interpretación”.

Uma nova proposta para a interpretação do Questionário Desiderativo

Como citado anteriormente, o Questionário Desiderativo permite estudar, a partir das eleições simbólicas e argumentações, as redundâncias, concordâncias e divergências, em um conjunto de indicadores que permitem construir hipótese diagnóstica e prognóstica.

Tendo em conta como marco teórico os aportes de David Liberman e David Maldavsky que consideram cada paciente como um conjunto de erogeneidades e de defesas será utilizado à metodologia do Algoritmo David Liberman (ADL) criado por David Maldavsky (2004) para o estudo psicanalítico da linguagem. Este método ressalta como é possível ao refinar a interpretação das argumentações observar tanto nas redes de palavras, na estrutura frase (atos de fala) quanto nos relatos o relacionamento das mesmas com as erogeneidades e defesas. O conteúdo dos estudos preexistentes, realizados por Maria Luisa de Ocampo (1987) e Elsa Grassano (1977), combinando-se com as grades apresentadas por Maldavsky (2004) para a análise de estrutura frase como expressão das erogeneidades, tanto para os componentes verbais como para os componentes paraverbais, tem dado lugar a uma série de grades confeccionadas especialmente com a finalidade de interpretar os símbolos do Questionário Desiderativo e as linhas argumentativas que costumam acompanhá-los.

Acredita-se que para cada tipo de linguagem do erotismo ou desejo corresponde um tipo de traço de caráter e defesa subjacente que é desdobrada especialmente na eleição dos símbolos positivos. O sujeito ao falar expressará certa defesa, ou seja, aquilo que tem tentado reprimir, desmentir ou desestimar. Nos símbolos negativos aparece o fracasso da defesa, o retorno do que o sujeito tem tentado reprimir, desmentir, ou desestimar. Também acompanha um estilo de verbalização e linguagem característica assim como manifestações e condutas paraverbais. Mesmo que o Questionário Desiderativo seja apreciado dentre as técnicas projetivas, não possui demasiados antecedentes em investigação e aplicativo de indicadores de interpretação que

contemplem traço e defesas unidos às apresentações nas patologias atuais como as denominadas patologias do desvalimento.

Referências conceituais

David Maldasky faz referência há tempos muito primitivos e arcaicos do desenvolvimento libidinal e da estruturação psíquica, que correspondem a um estágio pré-oral, ligado à vida intrauterina e aos primeiros momentos logo após o nascimento. Sigmund Freud (1926) no texto “Inibição, sintoma e angustia”, refere que imediatamente depois do nascimento a investidura erógena recai sobre os órgãos internos do bebê, como o coração e pulmões. Também, agregam-se os estudos de Pierre Marty (1992), que menciona outro órgão de relevância a ser investida, a pele, pensada como tecido conectivo. Indiscutivelmente nos primeiros tempos evolutivos o mais importante para o bebê é a sobrevivência, é poder investir em seu coração e pulmão para respirar em um meio oxigenado, mas logo, o bebê, cobrará a importância de poder ser erotizado, sustentado e acariciado por um agente externo.

Neste tempo primitivo é necessário que os estímulos do mundo interno e externo não resultem transbordantes para o bebê. É um período onde a criança por si só não pode neutralizar os estímulos. Para ela a mãe vai funcionar como um Eu auxiliar e “filtro” da quantidade impossível de tramitar, isto é o que vai permitir que a criança constitua, paulatinamente, sua própria barreira de proteção antiestímulo. É um momento arcaico onde só se captam quantidades e ainda não existe a qualificação. Quando existem fixações a esse momento, as patologias que se podem manifestar serão as denominadas patologias do desvalimento (psíquico/orgânico), que incluem uma ampla faixa de apresentação clínicas, que vão desde as incapacidades físicas congênitas, as afecções psicossomáticas e crônicas, como também os vícios, as patologias traumáticas, as anorexias, a bulimia, a obesidade, a tendência ao acidente e os desamparos sociais. Estes tipos de manifestações apresentam complexidade de combinatórias e têm em comum o vínculo entre a desestimacão do afeto, como defesa central e a fixação prematura à libido intrassomática.

Expõem também um componente tóxico e falhas na constituição do Eu real primitivo e nas identificações primárias. Portanto, há falhas nos mecanismos de autoconservação. O que está em jogo é o mecanismo de autoconservação, a capacidade de ligação para além de Tânatos que tem a tendência a desligar. Há alusão a uma clínica do desborde, onde predominam processos de descarga - sintoma posto no corpo,

acidente, ingestão tóxica, etc. – como uma tentativa de tramitação de um êxtase libidinal. Em todas as apresentações clínicas, o que é universal à tendência aos vícios, aos acidentes, às doenças crônicas psicossomáticas, entre outras, é o comando da pulsão de morte, isto é, neste tipo de sujeitos, o comum é a possibilidade de que a pulsão de morte se faça presente de maneira concreta, ameaçando sua integridade. Na clínica do desvalimento, é importante poder prever a chegada de sintomas postos no corpo, por exemplo, uma ingestão, o consumo desmedido e tóxico ou um acidente, como uma forma de anunciar o perigo que não é sentido. Neste tipo de patologias, a perturbação na consciência primordial dá lugar à perda da qualificação, isto é, o registro dos afetos e dos matizes sensoriais diferenciais. Não há uma angústia como sinal senão um estado de mal-estar, angústia automática, não plausível de ser unido a nenhum conteúdo representacional. Estes sujeitos apresentam a desestimação do afeto como principal defesa. O que se desestima é o sentir, não o exame de realidade ou a lei como ocorre na psicose. Não podem delimitar sentimentos senão somente sensações e estados. Expressam, por exemplo, sensação de avidez por alimento, descargas mediante atividades físicas, estados de euforia adrenalística ou estados de apatia traduzidos como tédio. Tentam preencher os estados de vazio mediante ações concretas de descarga como ingestões de álcool, substâncias tóxicas, dentre outras. As defesas complementares que se podem observar são: dissociação, intelectualização, introjeção orgânica, incorporação, identificação adesiva e procedimentos autocalmantes. (Maldavsky, D. 2013).

Partindo da compressão do aparelho psíquico desde uma perspectiva freudiana, sabe-se, de acordo com o conceito de séries complementares, que a cada erogeneidade ou pulsão erógena, achar-se-ia fundamentada e organizada de acordo com os pontos de fixação da libido e ao tipo de defesa predominante. Intenta-se enlaçar as características diferenciais das patologias do desvalimento, com a expressão através do Questionário Desiderativo. Propõe-se pesquisar se a presente técnica é propícia para detectar desejos e defesas nestas patologias mostrando as características diferenciais tanto do tipo de linguagem verbal e sua expressão nas eleições simbólicas. Deste modo, procura-se realizar um enlace das categorias teóricas freudianas integrando também as contribuições de David Maldavsky com a metodologia do Algoritmo David Liberman (ADL).

Apontamentos a respeito das características de respostas no questionário desiderativo de acordo a erogeneidade predominante: libido intrassomática

Quando predomina a libido intrassomática, sobre as outras erogeneidades, se observa que os sujeitos se caracterizam por apresentar de uma maneira muito formal diante da tarefa proposta, de uma forma muito disposta, mas ao mesmo tempo distante, pelo que se pode inferir certo nível de rigidez egóica. Em geral são sobreadaptados, isto é, se adequam de uma maneira exagerada às diferentes situações às que se vêem expostos. Como são pessoas com escassa capacidade simbólica lhes custa muito dar respostas criativas. Às vezes, generalizam uma categoria sem poder especificar ou particularizar suas preferências. Tendem a optar curiosamente em suas primeiras eleições por objetos inanimados e concretos, apegados à realidade, em lugar de verbalizar uma sequência típica que iria do mais vital ao inanimado, como é o esperado. Podem ser objetos rígidos, duros e com pouca maleabilidade.

Os símbolos positivos aludem a um alto controle das emoções ou diretamente à ausência delas. Elegem objetos, também, em equilíbrio de energia e tensão, como, por exemplo, “água de poço”, ou bem com movimentos constantes, por exemplo, “rio que flui”. Preferem símbolos que fazem referência ao estado das coisas, como peso, volume, quantidades, espessura, deterioração, entre outros. Como exemplo deste tipo de eleições pode-se ter “parede forte”, “casa antiga”. Também, se observa que optam por respostas com alusão a estados e capacidades mentais ou a processos e estados corporais, “um plugue, porque estaria ligado sempre” ou outro caso de uma menina epilética que explicou sua eleição de plugue “porque gosto de cócegas”. Da mesma forma podem selecionar símbolos que mencionam de maneira concreta ao corpo e as funções corporais (um olho, um coração). Manifestam respostas unidas a funções básicas como a respiração. Aludem também aos órgãos dos sentidos mas não sempre como intermediários de um bem estar, senão somente como órgãos funcionais. Referir-se-ão a estímulos penetrantes unidos ao olfato, tato, temperatura. Desta classe, exemplos são “um cérebro, porque comanda tudo”, “uma árvore porque dá oxigênio”, em negativas “uma guitarra por seu som agudo”; por uma parte está presente a atenção posta nos processos corporais e também a supervalorização dos processos mentais. Aparece, do mesmo modo, claramente a dissociação mente-corpo. Costumam selecionar símbolos em estado de desconexão e sem vínculo com humanos ou seres vivos, como “rocha do deserto”. Se aparece o contato e o apego é também com desconexão, o que dá lugar a respostas clichês em onde o afetivo estará dissociado: “um cão de raça, porque são as

melhores mascotes”. Em relação à motricidade predominante, a mesma estará associada tanto ao equilíbrio de tensões como à descarga e regulação. Também encontramos alusões aos procedimentos autocalmantes, por isso podem se observar respostas como “um mar por seu movimento constante”, ou bem “um comboio por seu ir e vir, seu constante movimento”.

Certo traço de caráter associado ao modo de captar a realidade alude a um vínculo especulativo, onde apresenta um ganho ou receita que se pode obter através de uma relação ou de uma situação em particular ligada ao lucro ou bem ao acréscimo de tensões. Segundo Maldivsky quando sobrevém uma brusca queda da energia ou um excesso de excitação, se desperta um afã desenfreado de ganância. Seria, pois uma modalidade defensiva. Este interesse consiste na extração de um ganho de prazer que gera um estado de euforia química, de aceleração. Assim, em consequência, encontra respostas em direta referência a uma intrusão orgânica. Em personalidades adictas, por exemplo, ao responder “seria um cigarro de maconha, para fumar-me”, ou bem “uma planta de cannabis, para estar a fumar todo o dia”. Em nível das catexias negativas encontram-se respostas como “injeção”, porque “dói e finca”, ou “o rato porque transmite doenças”, “droga, porque é veneno, mata”.

Este tipo de respostas relaciona-se ademais com um fenômeno estudado por Hanna Segal (1981) denominado “concretização”. Este fenômeno consiste em equiparar o símbolo com a “coisa”, com o objeto concreto sobrepondo-o. Para eles o símbolo é a coisa, pelo qual podemos pensar que há certas falhas no pensamento lógico. Teria um excesso de apego à realidade pelo que poderiam chegar até a fracassar na capacidade de fantasiar. A concretização relaciona-se também com o hiper-realismo com que descrevem e com uma modalidade de expressão por momentos descarnada e por outro indiferente.

A linguagem pode ser muito breve e precisa ou seu oposto, imprecisa e banal. Dizem muito sem dizer nada e tendem à catarse e descarga verbal. Observa-se também que pode fracassar a argumentação porque se põem hiper-realistas: “Se não sou pessoa não sou nada”.

Em relação às catexias negativas aparece o desestimado, o temor ao descuido e abandono, símbolos que se caracterizam por permanecer apáticos e abúlicos, em estado de desconexão, objetos golpeados, violentados, em alusão à vivência de intrusão orgânica, (porta porque a golpeiam o tempo todo). Como recusam a vulnerabilidade argumentam em relação ao risco de desaparecimento ou morte. Podem aludir pelo

hiper-realismo mais especificamente à transmissão ou contágio de doenças. Eleições como vírus, bactérias ou animais que são agentes de transmissão de doenças como mosquitos ou ratos, são bastante usuais neste tipo de caracterizações. Também podem eventualmente argumentar a rejeição de certos símbolos que são utilizados como objeto de especulação, principalmente os unindo com situações de ganho ou perda econômica. Dirão por exemplo “Nunca seria uma moeda que passa de mão em mãos, porque acima leva germens”.

O resultado de nossa pesquisa e ulterior proposta espera ser uma contribuição para ampliar critérios diferenciais e diagnósticos das diferentes linguagens do erotismo através do “Questionário Desiderativo” a partir de um novo enfoque teórico que lhe outorgue maior fiabilidade e validade.

Tabela 1. Grade do Questionário Desiderativo

Tipo de erogeneidade	Traços de Caráter	Características Dos símbolos Positivos	Defesas	Características dos símbolos negativos	Modalidade expressiva e Características da Linguagem
Libido intrasso- mática	Pessoas com rigidez egóica, sobreadap- tadas Com vulnerabili- dade somática, patologias tóxicas e traumáticas	Símbolos que aludem a um alto controle das emoções Objetos inanimados apegados à realidade concreta Objetos em equilíbrio de energia e tensão Símbolos com referência a	Desestimação afeto	Aparecem as emoções e fantasias não reveladas nas positivas: o temor, o descuido e o abandono, símbolos apáticos e abúlicos, objetos golpeados, em alusão à vivência de intrusão orgânica	Dificuldade na simbolização pelo apego à realidade Hiperrealismo Podem chegar até fracassar na capacidade de fantasiar Concretização: equiparam o símbolo ao objeto concreto superpondo-o Pouca capacidade para transmitir emoções e imaginar

		<p>estados e capacidades mentais ou a processos e estados corporais</p> <p>Aparece à dissociação mente - corpo.</p> <p>Idealização dos processos do pensamento</p> <p>Símbolos que fazem referência a estados de coisas (peso, volume, quantidades, espessura, deterioração, etc.)</p> <p>Objetos rígidos, com pouca plasticidade</p> <p>Selecionam símbolos em estado de desconexão ou/e sem vínculo com humanos ou seres vivos Se</p>	<p>Intellectualização</p>	<p>Recusam a vulnerabilidade</p> <p>Símbolos frágeis em risco de desaparecimento ou morte</p> <p>Recusam símbolos que aludem às doenças ou que transmitem ou podem contagiar doenças</p>	<p>Linguagem muito curta e concreta. Pode fracassar a argumentação.</p> <p>Generalizam uma categoria sem especificar. Verbalizam banalidades</p> <p>Mostram-se complacentes</p> <p>Mostram-se tensos quanto ao corpo</p> <p>Falar pode homologar-se a eliminar tensão intracorporal</p> <p>Pode ter discurso catártico, de descarga Autointerrupção por declínio sonoro</p>
--	--	---	---------------------------	--	---

		aparece o apego, é com desconexão			
--	--	---	--	--	--

Referências

- Anzieu, Didier (2004). *Las envolturas psíquicas*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores.
- Bernstein, J. (1964). Apéndice. In J.E. Bell. *Técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Caride de Mizes, M. R. (2011). *Prólogo y Apéndice. En Manual del Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson*. Buenos Aires: Paidós.
- Caride de Mizes, M. R. y Sneiderman, S. (2003 junio). Aportes Metodológicos a las técnicas proyectivas verbales con especial referencia al Cuestionario Desiderativo y el T. R. O. *Revista Actualidad Psicológica*. Buenos Aires.
- Celener, G. y de Braude, MG (1990). *El Cuestionario Desiderativo*. Buenos Aires: Lugar.
- Celener, Graciela y colab. (2001). Evaluación psicológica de una muestra de adolescentes disociales. *Revista Psicodiagnosticar*, 11. Buenos Aires.
- Cordoba J. R. & Pigem, J. M. (1946). *La expression. Desiderativa como manifestacion de la personalidad*. Barcelona: Med. Clínica
- Freud, S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Grassano de Pícolo, E. (1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Green, André (1993). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Guberman, M. (2006). Nuevas aportaciones al Cuestionario Desiderativo. *Revista Psicodiagnosticar*, 16, 91–96. Buenos Aires.
- Laplanche, J. y Pontalis J. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona. Ed. Labor.
- Liberman, D. (2009). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Letra Viva. 1983.
- Maldavsky, D. (1986). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1988.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Maldavsky, D. (1998). *Lenguajes del erotismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1999). *Lenguaje, pulsiones, defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL. Algoritmo David Liberman: Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.
- Marty, Pierre (1995). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Pérez de Polacino, S. & León, M. E. (2010). *El Cuestionario Desiderativo aplicado a niños. Una propuesta para la toma*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.
- Siquier de Ocampo, M. L. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sneiderman, S. (2006). Las técnicas proyectivas como método de investigación y diagnóstico. Actualización en técnicas verbales: El Cuestionario Desiderativo. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, “Investigaciones en Psicoterapia”, 8. UCES, Departamento de Investigación. Buenos Aires.
- Sneiderman, S. (2011). Consideraciones acerca de la confiabilidad y validez en las técnicas proyectivas. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (2), 93-110. UCES, Departamento de Investigación. Buenos Aires.
- Sneiderman, S. (2012). *El Cuestionario Desiderativo. Aportes para una actualización de la interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Sneiderman, S. (2013). Es el “Cuestionario Desiderativo” una técnica propicia para detectar pulsiones y defensas en patologías del Desvalimiento? *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17 (1), 274-290. UCES, Departamento de Investigación. Buenos Aires.
- Sneiderman, S. y colab. (2015). Expresión de patologías del desvalimiento a través de técnicas gráficas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19 (1), 246-265. UCES, Departamento de Investigación. Buenos Aires.

Questionário Desiderativo na avaliação psicológica de agressores sexuais de crianças e adolescentes.

Antonio Augusto Pinto Junior

Universidade Federal Fluminense

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Universidade de São Paulo

Resumo: Introdução: O abuso sexual infanto-juvenil é considerado pela Organização Mundial de Saúde um grave problema de saúde pública, devido às taxas de incidência e prevalência na população mundial, além das consequências no desenvolvimento sociopsicológico das vítimas. Torna-se importante para o enfrentamento e prevenção desse fenômeno o desenvolvimento de estudos que analisem a estruturação psicológica daqueles que cometem o abuso, buscando formas adequadas de leitura de seu funcionamento psíquico e das manifestações de sua subjetividade. Objetivo: Procurou-se compreender o funcionamento psicodinâmico de agressores sexuais de crianças e adolescentes por meio do Questionário Desiderativo. Método: O Questionário Desiderativo foi aplicado em 30 homens que cumpriam pena por abuso sexual intrafamiliar em uma penitenciária do Estado de São Paulo. Após as aplicações, os dados foram analisados de acordo com as categorias: adequação à consigna, tempo de reação, dissociação, racionalização, perspectiva vincular da resposta, identificação projetiva e sequência dos reinos. Resultados: De forma geral, os agressores não apresentaram estrutura típica psicopatológica. Verificou-se que os atributos mais valorizados pelos participantes foram a liberdade e a comunicação, enquanto que os atributos rejeitados foram a agressividade, a impulsividade e a possibilidade de causar dano ou mal ao outro. Constatou-se, ainda, uma tendência a manifestar atitudes narcisistas que não incluem e que não consideram o outro como sujeito. Conclusão: O Questionário Desiderativo mostrou ser uma técnica eficaz para desvelar algumas características do funcionamento psíquico dos agressores sexuais, oferecendo subsídios para projetos de intervenção e prevenção na área.

Palavras-chaves: *Abuso sexual; agressores sexuais; técnicas projetivas; Questionário Desiderativo.*

Introdução

A violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um fenômeno que vem preocupando tanto os cientistas sociais, como a sociedade de uma maneira geral, sendo considerada pela Organização de Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública (WHO, 2002). De todas as formas de violência doméstica contra a criança, a sexual é talvez uma das mais difíceis de delimitar ou mesmo identificar, pois, na grande maioria das vezes, permanece velada em um pacto do silêncio que envolve não somente os agressores e vítimas, mas também pessoas e profissionais que não conseguem perceber, em função dos vários mecanismos de ocultação que impedem, assim, sua notificação e denúncia. Além disso, por apresentar um caráter incestuoso, envolve não só a sexualidade dos adultos, mas também a das crianças, colocando sobre essa última o peso da culpabilidade (Furniss, 2013; Pipe, Lamb, Orbach, & Cederborg, 2013; Mrazek, & Kempe, 2014).

Essa grave situação vem despertando o interesse de pesquisadores e estudiosos na compreensão do fenômeno que, por todas as suas características, deve ser considerado multideterminado e que, por isso, demanda sempre uma leitura interdisciplinar. Contudo, as pesquisas na área têm focalizado o interesse,

principalmente, na perspectiva da caracterização do problema ou do lugar que a criança/adolescente-vítima ocupa nesta situação, procurando compreender seus modos de subjetivação e as sequelas advindas da experiência de vitimização sexual.

Tão necessário quanto compreender o funcionamento da vítima de violência sexual é entender a estruturação psicológica daqueles que cometem o abuso, buscando formas adequadas de leitura de seu funcionamento psíquico e das manifestações de sua subjetividade, o que pode viabilizar, a partir disso, o desenvolvimento de projetos de intervenção e tratamento psicológico dos agressores sexuais de crianças e adolescentes. De forma geral, os estudos que procuram descrever as características psicológicas e/ou psicodinâmicas de agressores sexuais de crianças e adolescentes não são conclusivos quanto a um único perfil de personalidade desta população. Willians e Finkelhor (1990), por meio de uma pesquisa de Metanálise, procuraram identificar traços comuns desse tipo de agressor sexual. Os resultados apontaram que os pais que abusam sexualmente de seus filhos apresentam dificuldade de contato, revelando pouca habilidade social e com tendência ao isolamento. Além disso, pais incestuosos mostram-se negligentes na educação e cuidado de seus filhos. Contudo, os autores salientam que, embora essas características comuns entre os abusadores sexuais intrafamiliares podem auxiliar na compreensão das características psicológicas desses sujeitos, elas não podem ser generalizadas e nem ser tomadas como universais.

Mais recentemente, Proulx, Beauregard, Lussier e Leclerc (2014) afirmam que apenas a minoria dos agressores sexuais apresentam desordens mentais ou de personalidade, destacando a grande prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão nessa população. Assinalam também que estudos clínicos apontam para a existência de dois perfis de abusadores sexuais de crianças. O primeiro perfil inclui características narcisistas e antissociais, bem como falta de empatia, violência, manipulação e autoritarismo. Já o segundo perfil é caracterizado por uma personalidade depressiva, introvertida, com tendência à passividade, dependência e hipersensibilidade à crítica e à rejeição.

Lã-Branca (2012) refere também que os diferentes estudos com agressores sexuais mostram pouca consistência entre si, sendo identificada uma grande diversidade nos resultados. Mas por outro lado, destaca que os abusadores sexuais de crianças apresentam sinais mais consistentes de passividade, e isolamento social, não sendo encontrada alguma caracterização psicopatológica mais grave junto a essa população.

Em outro estudo, buscando traçar a caracterização de abusadores sexuais de crianças, Fernandes (2014) desenvolveu uma pesquisa documental dos processos criminais de 30 sujeitos encarcerados em uma instituição prisional de Portugal. Os resultados mostraram que não existe propriamente um perfil rígido do abusador sexual de crianças. Mas algumas características se sobressaíram, principalmente o baixo nível socioeconômico e escolar dos participantes, e a ausência de doenças mentais, bem como com os seus familiares. Contrapondo às outras pesquisas, nessa amostra os agressores sexuais revelaram-se, majoritariamente, como sendo pessoas sociáveis e de relacionamentos amorosos longos e estáveis.

Como destacam Scortegagna e Amparo (2013), avaliar as características psicológicas de agressores sexuais de crianças não é uma tarefa fácil, pois a maioria dos estudos que cumprem esse objetivo faz uso de instrumentos psicométricos de avaliação de transtornos de personalidade, construídos em forma de questionários, o que os torna mais vulneráveis a eventual manipulação de respostas por parte do avaliando, que quase sempre procura negar e ocultar características pessoais socialmente inadequadas, principalmente, quando esses atributos têm implicações legais em seu processo criminal. Assim, a utilização de técnicas projetivas pode ser bastante útil no desvelamento do funcionamento psíquico desse sujeito.

Principalmente utilizadas na área da psicologia clínica e do psicodiagnóstico, as técnicas projetivas caracterizam-se pela apresentação de uma tarefa relativamente não estruturada, esperando que o sujeito interprete ou estruture o estímulo apresentado, a partir do mecanismo de projeção, revelando, assim, os aspectos fundamentais de seu funcionamento psicológico. Em outras palavras, a técnica projetiva é uma criação que expressa a maneira pela qual o indivíduo estabelece contato com a realidade interna e externa, e as instruções ou os estímulos destes instrumentos atuam como mediadores das relações vinculares que mobilizam variados aspectos de sua vida emocional (Grassano, 1997).

Em determinadas situações relacionadas com conflitos vividos, o indivíduo responde aos estímulos das técnicas projetivas de acordo com a forma que os vivencia e/ou os significa, dando livre curso às ideias e defesas inconscientes. Nesse sentido, esses instrumentos permitem, então, uma compreensão mais aprofundada da personalidade do analisando em seus diferentes aspectos (O'Donohue & Geer, 2013; Tardivo & Pinto Junior, 2012; Tardivo, Pinto Junior & Cortez, 2012).

Considerando que, em se tratando da avaliação psicológica de agressores sexuais de crianças e adolescentes, principalmente em situação de encarceramento, esses indivíduos podem fazer uso de manipulação e ocultação de características socialmente inadequadas em testes de personalidade, o emprego das técnicas projetivas pode facilitar a expressão do funcionamento psicodinâmico desses indivíduos. Os estudos de agressores sexuais de crianças, especialmente os incestuosos, a partir das técnicas projetivas são escassos e não mostram constância em sua produção ao longo dos anos. Wiesel e Witztum (2006) realizaram uma investigação com o Desenho da Figura Humana de Machover para verificar diferenças de personalidade entre agressores sexuais de crianças intrafamiliares e extrafamiliares encarcerados e cumprindo pena pelos seus delitos. Os achados apontam que os abusadores sexuais extrafamiliares apresentaram mais sinais de agressividade e violência que os incestuosos, mas em ambos os grupos se destacou altos índices de ansiedade.

Pasqualini-Casado, Vagostello, Villemor-Amaral e Nascimento (2008) buscaram investigar características da personalidade de indivíduos responsabilizados criminalmente por estupros incestuosos por meio do teste de Rorschach. Os resultados apontaram que, embora não tenham encontrado um padrão de características universais que os represente, os agressores sexuais apresentaram insuficiência de recursos subjetivos aplicados à percepção de si mesmos e à percepção do outro.

Também por meio do teste de Rorschach, Scortegagna e Amparo (2013) objetivaram avaliar as características de personalidade de ofensores sexuais adultos, cumprindo pena em uma penitenciária por crime sexual intrafamiliar. Os resultados indicaram a presença de baixa autoestima e prejuízos na autoimagem, na adequação perceptiva e no teste de realidade, além de rebaixamento na capacidade de estabelecer vínculos, de empatia e na estabilidade das identificações. Além disso, o estudo concluiu inexistir um tipo psicológico único de agressor sexual.

Pool (2012) desenvolveu uma investigação sobre a estrutura egóica de 22 agressores sexuais infantis encarcerados em uma penitenciária do Chile por meio do Questionário Desiderativo. Os resultados mostraram que os agressores sexuais apresentam importantes elementos associados à debilidade e fragilidade de ego.

Essa última técnica projetiva citada, o Questionário Desiderativo, foi, segundo Bunchaft e Vasconcelos (2001), apresentada originalmente pelos psiquiatras Pigem e Córdoba em 1946, em Barcelona. Para Nijamkin e Braude (2000), o Questionário Desiderativo coloca o sujeito frente à pulsão da morte e a impossibilidade de ser. Desta

forma, por meio das respostas dadas a consigna, pode-se observar o esforço defensivo do Ego para se recuperar e absorver o impacto sofrido e sua modalidade defensiva predominante.

Sneiderman (2012) considera o Questionário Desiderativo uma técnica simples em termos de administração, rápida, econômica e, sobretudo, rica em seus alcances exploratórios, propiciando a investigação e interpretação de certas características e traços de personalidade e de caráter do sujeito. Desta forma, esse instrumento pode ser considerado uma técnica bastante eficaz para o estudo do funcionamento psicológico e estrutura do Ego de agressores sexuais de crianças e adolescentes, por meio da análise de seus mecanismos de defesa, fantasias e angústias primárias. A partir do exposto, o presente estudo objetivou compreender a estrutura e o funcionamento psíquico de agressores incestuosos de crianças e adolescentes, sentenciados e encarcerados através do Questionário Desiderativo.

Método

O estudo foi realizado em uma penitenciária do estado de São Paulo, Brasil, com 30 homens que cumpriram pena por abuso sexual incestuoso (pai ou padrasto) com crianças e adolescentes. Para o delineamento da pesquisa, inicialmente foram analisados todos os documentos e informações contidas nos processos e prontuários de cada participante para traçar o perfil sócio demográfico da amostra.

A seguir foram realizadas as entrevistas com cada participante individualmente dentro da instituição prisional para se esclarecer os objetivos da investigação e realizar a aplicação do Questionário Desiderativo. Todos aceitaram realizar o procedimento e a média de duração da entrevista com cada participante foi de 45 minutos. Após a aplicação do Questionário Desiderativo, as respostas de cada participante foram analisadas de acordo com as seguintes categorias: adequação à consigna; tempo de reação; dissociação; racionalização; perspectiva vincular da resposta; identificação projetiva; sequência dos reinos; análise de cada catexia.

Posteriormente, os resultados obtidos foram transferidos para um banco de dados, elaborado no Microsoft Excel 2007 e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0 (SPSS®), com análise descritiva dos dados de levantamento de frequência simples e relativa. Finalmente, os resultados foram confrontados com os aportes da literatura pertinente.

Resultados e Discussão

A análise do perfil sócio-demográfico dos agressores sexuais intrafamiliares mostrou a maior concentração de pais biológicos, na faixa dos 41 aos 50 anos (43%), com baixa escolaridade (Ensino Fundamental I, 40% e Ensino Fundamental II, 43%) e cumprindo pena entre 11 a 20 anos de reclusão (47%). Esses achados confirmam os dados do estudo desenvolvido por Fernandes (2014), contudo, esse resultado deve ser interpretado com certa cautela, principalmente acerca da escolaridade e as condições socioeconômicas dos envolvidos, pois o fato da grande maioria dos participantes apresentar um nível baixo de escolaridade não significa que pessoas com um melhor nível de instrução não cometam abuso sexual contra seus filhos. Nem tão pouco significa que este fenômeno se restrinja às classes sociais mais populares.

Assim, a violência sexual intrafamiliar não deve ser considerada uma prática característica da pobreza. Alguns autores (Furniss, 2013; Pipe, Lamb, Orbach, & Cederborg, 2013; Mrazek, & Kempe, 2014) apontam que, realmente, a maioria das notificações advém de famílias de classe social mais baixa. Contudo isso se deve ao fato de que nas classes sociais mais privilegiadas a revelação do abuso sexual é mais difícil, pois nestas famílias existe um pacto de silêncio muito mais poderoso e uma impermeabilidade ao externo, fatores que impedem a denúncia. Além disso, as famílias de poder aquisitivo maior, geralmente possuem bons advogados que, na maioria das vezes, consegue livrar o suposto agressor, quando não há provas materiais suficientes, de uma condenação por vitimização sexual.

Sobre as categorias de análise das respostas dos agressores sexuais ao Questionário Desiderativo, no que se refere à adequação à consigna, ou seja, a capacidade de realizar o teste, verificou-se que a maioria dos participantes conseguiu responder adequadamente ao teste (24 protocolos completos). Deve-se ressaltar que com 26 participantes foi necessária a indução dos pesquisadores em alguns dos reinos. Contudo, mesmo com a indução no teste, seis participantes não conseguiram completar o teste. A necessidade de indução na realização do teste também foi encontrada no estudo de Pool (2012).

Segundo Ninjankin e Braude (2000) a capacidade do sujeito em se imaginar temporariamente como não humano significa que não sentiu a “consigna” como um ataque concreto a integridade de seu Ego, mas que a vivenciou em um nível simbólico. Isso, segundo as autoras, implica em fortaleza egóica, uma vez que indica flexibilidade e capacidade de adaptação e capacidade de diferenciar a realidade concreta da

experiência imaginária simbólica. Desta forma, o fato de a maioria conseguir responder ao teste, mesmo que de forma induzida, indica que os participantes apresentam uma estrutura egóica que tende a integração.

Sobre o tempo de reação na realização do Questionário Desiderativo, os agressores sexuais, majoritariamente, apresentaram lapsos considerados normais, ou seja, entre 10 e 30 segundos desde a apresentação da consigna. Esse dado alude à capacidade desses sujeitos de manejar a ansiedade provocada pelas consignas e se reorganizar (Guimarães & Pasian, 2009).

Ao se analisar a capacidade de dissociação, ou seja, de separar as características positivas das negativas, verificou-se que a maioria (20 participantes – 67%), no geral, revelou capacidade de discriminar, em cada símbolo e, no total do teste, os aspectos valorizados dos aspectos rejeitados. De acordo com Nijamkin e Braude (2000) a capacidade de discriminar adequadamente os aspectos valorizados daqueles rejeitados é um indicador de um Ego integrado que consegue reconhecer aquelas situações que lhe geram ansiedade e saber a que recursos apelar para controla-las e resolvê-las.

Na categoria Racionalização, analisou-se a capacidade dos participantes de explicar adequadamente as catexias tanto positivas quanto negativas. A maioria dos agressores sexuais demonstrou conseguir oferecer explicações coerentes para as escolhas apontando os aspectos positivos nas catexias positivas e aspectos negativos nas catexias negativas. Esse dado em termos de Ego, segundo Nijamkin e Braude (2000), implica adequação do pensamento à realidade compartilhada. Contudo, um número significativo de participantes apresentou problemas na capacidade de Racionalização (13 – 43%), o que exige que esse dado seja verificado em outros estudos com aumento da amostra.

Ao se analisar a estrutura das respostas e o grau de desenvolvimento metapsicológico, verificou-se que a grande maioria (22 participantes – 73%) ofereceu respostas de libido narcisista, sem incluir o outro ou indicar relações objetais. O fato de que os abusadores sexuais, majoritariamente, oferecerem repostas narcisistas pode ser interpretado pela dificuldade destes sujeitos em reconhecer o outro como sujeito e de construir ou manter relações objetais, indicando, dessa forma, imaturidade no desenvolvimento egóico. Esta característica também foi mencionada por outros estudos (Pool, 2012; Scortegagna & Amparo, 2013; Pasqualini-Casado et al, 2008; Proulx et al, 2014; Lã-Branca, 2012; Williams & Finkelhor, 1990). Embora a maioria dessas pesquisas tenha sido conduzida com outros instrumentos de avaliação, todas destacam a

difficuldade desses abusadores sexuais em estabelecer relação e empatia com o outro, predominando as ideias e atitudes narcisistas.

Por outro lado, a análise das identificações projetivas indicou que a quase totalidade dos participantes dessa pesquisa mostrou capacidade de escolher símbolos com esquema corporal integrado, com contornos corpóreos bem definidos, o que, segundo Nijamkin e Braude (2000), indica integração de Ego. Na análise da sequência das escolhas dos participantes, verificou-se que tanto nas escolhas positivas quanto nas negativas a sequência mais identificada foi animal-vegetal-reino inanimado. Para Nijamkin e Braude (2000) a sequência esperada para as positivas deve ser: 1+ reino animal, 2+ reino vegetal e 3+ reino inanimado; com relação às catexias negativas, a sequência não seria necessariamente inversa, mas não seguiria a mesma ordem das positivas. A sequência esperada mantém relação com a expectativa de que uma personalidade saudável terá uma estrutura psíquica na qual predomine o instinto de conservação sobre os impulsos de morte e que, com isso, o ego do sujeito resgate seus aspectos mais vitais para preservar sua integridade frente um ataque ou contrariedade. Desta forma, em relação aos abusadores sexuais, encontra-se um movimento de resgate e preservação da integridade egóica, mesmo frente uma situação extremamente ansiógena e conflituosa, como a de aprisionamento e encarceramento.

A última categoria de análise refere-se à interpretação das respostas símbolos para cada catexia positiva e negativa do Questionário Desiderativo. A respeito das catexias positivas, considera-se que essas representam valores que o indivíduo deseja conservar (Medeiros e Pinto Junior, 2006). Assim, nas catexias positivas no reino animal verificou-se que a maioria das respostas dos participantes (16) estavam simbolicamente relacionadas à vivência ou necessidade de liberdade (pássaros ou aves, pois “podem voar e ir para qualquer lugar”). A escolha de símbolos que invocam a liberdade pelos participantes desta pesquisa parece condicionada ao sentimento de se sentir (e estar realmente) aprisionado, desejando, assim, verem-se livres do cárcere a que estão submetidos.

Com relação aos símbolos escolhidos nas catexias positivas do reino vegetal, os símbolos mais evocados foram flor e árvore, havendo, por um lado uma valorização da beleza (representada pela flor), que denota desejo de ser admirado e aceito, e por outro a ênfase na força e consistência (simbolizadas na resposta árvore). Tais símbolos, escolhidos por seus atributos de beleza e robustez, apontam para o que lhes conferem poder, domínio e sedução sobre os outros, o que está muito atrelado à certa estrutura de

personalidade dos abusadores sexuais, e que foi identificada em outros estudos com outros instrumentos de avaliação (Scortegagna & Amparo, 2013; Pasqualini-Casado et al, 2008; Proulx et al, 2014).

As respostas para as catexias positivas do reino inanimado foram bastante variadas, mas se destacaram os símbolos relacionados à comunicação (caneta, TV/Rádio, instrumento musical, livro, lousa, computador). Também, outro tipo de resposta identificado refere-se ao movimento e necessidade de deslocamento (meios de transporte, como automóvel, trem e avião). O fato das respostas estarem associadas aos símbolos de comunicação e transporte parece refletir, justamente, os valores mais preciosos para este tipo de população, ou seja, o poder se comunicar e se deslocar, o que são impedidos de fazer em situação de encarceramento.

Ao analisar as escolhas negativas no reino animal, embora tenham sido identificados vários símbolos, houve um predomínio daqueles relacionados ao ataque ao outro (cobra – também um símbolo fálico, escorpião, leão, parasita e onça). Contudo, outra resposta que se destacou dentre as escolhas negativas dos participantes no reino animal foi cachorro, aparecendo no teste de cinco agressores.

Considerando que as catexias negativas referem-se aos atributos que o sujeito procura descartar e se livrar (Medeiros e Pinto Junior, 2006), ao escolher respostas associadas à possibilidade de ataque à integridade do outro, pode-se inferir que os participantes desta pesquisa identificam em sua personalidade traços agressivos e violentos (que muito possivelmente estejam relacionados à prática do abuso sexual) e, por isso mesmo, procuram rejeitá-los. A presença de traços agressivos e/ou violentos na estrutura de personalidade de agressores sexuais de crianças e adolescentes também foi observada no estudo de Proulx, Beauregard, Lussier e Leclerc (2014).

Contudo, a resposta cachorro incluída nas escolhas negativas deve-se, segundo Nijamkin e Braude (2000), a uma falha na dissociação, pois este tipo de resposta é, geralmente, incluído na categoria de escolhas positivas, devido ao fato de estar associada à amizade, companheirismo e fidelidade ao outro. No caso desta pesquisa, a escolha do cachorro como símbolo negativo pode se dever ao fato destes sujeitos não conseguirem reconhecer a alteridade e, assim, não valorizarem o outro (criança/adolescente) como sujeito, como relatam outras investigações na área (Pool, 2012; Scortegagna & Amparo, 2013; Pasqualini-Casado et al, 2008; Proulx et al, 2014; Lã-Branca, 2012; Willians & Finkelhor, 1990).

Na categoria escolhas negativas no reino vegetal foi identificada a mesma falha na dissociação, pois alguns participantes escolheram respostas, geralmente, incluídas nas catexias positivas (alimento, árvore, flor e erva medicinal). De acordo com Nijamkin e Braude (2000) esse é um indicador de um Ego que é incapaz de diferenciar o mundo interno do mundo externo e, portanto, indica certa imaturidade egóica, o que foi também verificado no estudo de Pool (2014). A incapacidade de diferenciar o mundo interno do mundo externo, ou seja, de discriminar o Eu do não Eu (outro) parece ser uma característica comum a certos abusadores sexuais, e um fator importante para a prática da violência contra seus filhos (Proulx et al, 2014). Por outro lado, também se destacaram as escolhas negativas no reino vegetal relacionadas à potencialidade de ferir e machucar o outro (cacto, espinho e urtiga), que parecem conectadas às características antissociais e de violência identificadas por Proulx et al. (2014), como um possível traço de personalidade de abusadores sexuais intrafamiliares.

No que se refere às respostas negativas no reino inanimado, vários símbolos foram referidos. Contudo, há um predomínio da resposta arma (9 participantes), que está associada à intencionalidade de ferir e causar mal ao outro, indicando, assim, a necessidade de se livrar de atributos ou características pessoais vinculadas à agressão e violência, traço também identificado no estudo de Proulx et al. (2014).

Considerações Finais

Os resultados deste estudo são compatíveis com algumas características identificadas por outras investigações a respeito dos traços psicológicos e psicodinâmicos de agressores sexuais intrafamiliares de crianças e adolescentes. No que se refere aos fatores sociodemográficos da amostra estudada, esse sinaliza para um perfil que deve considerado com cautela, pois o abuso sexual, especialmente de caráter incestuoso, não é uma prática exclusiva de pessoas advindas de classes socioeconômicas desfavorecidas.

O Questionário Desiderativo, por sua vez, mostrou-se uma técnica eficaz para desvelar alguns indicadores psicodinâmicos e de estrutura de Ego desses indivíduos, principalmente relacionados à sua dificuldade de reconhecer o outro e de desenvolver relações objetais, predominando, assim, um funcionamento psíquico caracterizado como narcísico. Por outro lado, da mesma forma que em outros estudos, a presente pesquisa não identificou muitos sinais de distúrbios de personalidade, mostrando que, de forma geral, os agressores sexuais apresentam uma estrutura egóica preservada e integrada.

Além disso, os achados confirmam também os resultados retratados na literatura científica, que apontam a inexistência de um único perfil de abusadores sexuais intrafamiliares.

Apesar do delineamento de características importantes do funcionamento psicodinâmico dessa referida população, por se tratar de um estudo qualitativo, há limitações inerentes ao método utilizado, pois os resultados discutidos se alinham mais a uma perspectiva ideográfica. Em função do exposto, sugere-se o desenvolvimento de outras investigações considerando o aumento da amostra, o estudo correlacional com a população geral (normal) e a inclusão de outros instrumentos de diagnóstico de transtorno mental e/ou de estrutura de personalidade para corroborar ou não as evidências aqui apresentadas. A realização de estudos futuros que considerem essas variáveis poderá levantar indicadores e evidências mais consistentes, enriquecendo, assim, a compreensão do funcionamento psicodinâmico e da estrutura de personalidade dos agressores sexuais intrafamiliares de crianças e adolescentes.

Referências

- Bunchaft, G., & Vasconcellos, V. L. P. (2001) Padronização do teste desiderativo no contexto da análise transaccional: resultados preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 19-25.
- Fernandes, S. S. S. (2014). *Caracterização do abusador sexual de crianças*. Dissertação de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, Lisboa, Portugal.
- Furniss, T. (2013). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse: integrated management, therapy, and legal intervention*. London: Routledge.
- Grassano, E. (1997). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guimarães, N. M., & Pasian, S. R. (2009). Adequação ao real de adolescentes: possibilidades informativas do questionário desiderativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 347-355.
- Lã-Branca, N. S. C. (2012). *Caracterização psicopatológica de agressores sexuais: violadores e agressores sexuais de crianças*. Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.

- Medeiros, D., & Pinto Junior, A. A. (2006). Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do questionário desiderativo. *Revista da SBPH*, 9(1), 91-99.
- Mrazek, P. B., & Kempe, C. H. (2014). *Sexually abused children and their families*. Oxford: Pergamon.
- Ninjamkim, G., & Braude, M. (2000). *Questionário Desiderativo*. São Paulo: Vetor.
- O'Donohue, W. T., & Geer, J. H. (2013). *The sexual abuse of children: clinical issues*. New York: Routledge.
- Pasqualini-Casado, L., Vagostello, L., Villemor-Amaral, A. E., & Nascimento, R. G. (2008). Características da personalidade de pais incestuosos por meio do Rorschach, conforme o sistema compreensivo. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 21(2), 293-301.
- Pipe, M., Lamb, M. E., Orbach, Y., & Cederborg, A. (2013). *Child sexual abuse: disclosure, delay, and denial*. New York: Psychology Press.
- Pool, A. (2012). Evaluación de la fortaleza yoica en agresores sexuales infantiles a través del cuestionario desiderativo. *Revista de Investigaciones en Psicología*, 17(1), 119-138.
- Proulx, J., Beauregard, E., Lussier, P., & Leclerc, B. (2014). *Pathways to sexual aggression*. New York: Routledge.
- Scortegagna, S. A., & Amparo, D. M. (2013). Avaliação psicológica de ofensores sexuais com o método de Rorschach. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 411-419.
- Sneiderman, S. (2012). *El cuestionario desiderativo: aportes para una actualización de la interpretación*. Paidós: Buenos Aires.
- Tardivo, L. S. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2012). El test de apercepcion tematica infantil con figuras de animales en la evaluacion psicologica de niños victimas de malos tratos en el hogar. *Psicodiagnosticar* (Buenos Aires), 22, 13-28.
- Tardivo, L. S. P. C., Pinto Junior, A. A., & Vieira, F. C. (2012). Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Duss. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Rorschach*, 10, 15-40.
- Wiesel, R. L., & Witztum, E. (2006). Child molesters versus rapists as reflected in their self-figure drawings: a pilot study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 105-117.
- Willians, L. M., & Finkelhor, D. (1990). The characteristic of incestuous fathers: a review of recent studies. Em: W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree

(Orgs.), *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of sex offenders* (pp. 231- 255). New York: Plenum Press.

World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

SEÇÃO 7: REFLEXÕES TEÓRICO-TÉCNICAS

A adaptação do Questionário AIDA

Marcela Helena de Freitas Clementino

Catarina Nivea Bezerra Menezes

Cristiane Maria Gondim Vasconcelos

Tatiana Tostes Vieira da Costa

Universidade de Fortaleza

Resumo: Neste estudo é apresentado o instrumento Avaliação do Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes (AIDA), um questionário de 61 questões que avalia a noção de identidade em adolescentes, entre 12 a 18 anos. A pesquisa foi realizada com 30 adolescentes, na faixa etária de 17 e 18 anos de idade, que cumprem medidas socioeducativas no Centro Educacional Patativa do Assaré (CEPA) na cidade de Fortaleza, Ceará. Como parâmetros básicos, utilizaram-se a correção do teste gráfico HTP, aplicado na amostra junto ao instrumento principal e os dados psicométricos da validação do AIDA no México. Observou-se a corroboração da confiabilidade do questionário AIDA, sendo ele viável na cidade de Fortaleza, pois os resultados encontrados agiram em parcimônia à análise do material gráfico do HTP e suas medidas psicométricas qualitativas estavam de acordo com a validação em outros países como no México e na Alemanha. Evidenciando, a importância da Avaliação Psicológica para este público.

Palavras-chave: AIDA, avaliação, identidade, adolescente.

Introdução

A Avaliação Psicológica constitui-se como um segmento e uma prática exclusiva da Psicologia, compondo um campo amplo de atuação no qual se utiliza a análise de um sujeito por meio de técnicas e testes psicológicos a fim de obter a compreensão desse indivíduo em uma determinada situação (Avoglia, 2012). Busca alcançar uma tomada de decisão para uma possível intervenção e solução do problema. Para alcançar este objetivo, é necessário operacionalizar as teorias psicológicas, construindo novos instrumentos, técnicas e testes para a ciência da Psicologia (Primi, 2010).

Segundo Cunha (2000), o Psicodiagnóstico é um tipo de avaliação psicológica que se torna mais objetivo pelo uso obrigatório de Testes, e é realizado com propósitos clínicos, tratando-se de um processo científico. Ocorre em um período de tempo limitado, baseando-se por um contrato e um plano de avaliação, que é composto por etapas: (a) entrevista inicial; (b) formulação de hipóteses sobre o caso; (c) escolha dos instrumentos a serem utilizados; (d) interrelação entre os dados obtidos na história de vida com os dos instrumentos; (e) devolutiva; e por fim, (f) encaminhamento, se necessário. Tal método, além de proporcionar um diagnóstico, pode avaliar forças e fraquezas dos indivíduos e compreender o problema para auxiliar no melhor caminho que tenha por consequência a qualidade de vida do paciente. De acordo com Arzeno (2003), entende-se que este processo, como qualquer outro em Psicologia, deve considerar o sujeito como um ser único com suas características específicas e sua

respectiva fase de desenvolvimento. Estas informações, além de outras, são necessárias para a análise de dados e a escolha do instrumento a ser utilizado.

Desta forma, entre os vários campos disponíveis pela Avaliação Psicológica, este estudo evidencia a relação entre o adolescente infrator e a contribuição da Avaliação Psicológica para seu reposicionamento no mundo.

Para Tardivo (2007), a adolescência é uma etapa complicada, difícil, confusa e contraditória, que é repleta de perdas como a do corpo, que deixa de ter a condição infantil, e o distanciamento dos pais. Deste modo, ocorrem vários conflitos diante de tantas mudanças no meio deste indivíduo, tornando-o mais vulnerável ao contexto em que está inserido, e esses fatores irão influenciar na formação da identidade do sujeito.

Torna-se importante então o estudo dos adolescentes em conflito com a Lei. Ao contrário do que se pode pensar no senso comum, os jovens que cometem crimes geralmente não estão em situação de rua ou abandono total no período da transgressão. Algumas pesquisas apontam que cerca de 81% dos adolescentes brasileiros infratores moravam com a família na época do delito (Silva & Guerese, 2003 *citado por* Zamora, 2008), sendo este dado corroborado nos 90% de adolescentes infratores que moravam com pais ou familiares quando cometeram um crime (Sento-Sé conforme citado por Zamora, 2008). No entanto, 12,7% dos adolescentes infratores vieram de famílias que não possuíam nenhuma renda mensal, e 66% de grupos familiares com renda mensal de até 2 salários mínimos (Silva & Guerese, 2003 *citado por* Zamora, 2008). Feijó e Assis (conforme citado por Zamora, 2008), em uma pesquisa com 61 jovens internos no Rio de Janeiro e Recife que vêm de famílias em que os pais vivem juntos, observaram que somente 21,3% dos casos vêm de famílias em que a figura paterna está ausente, e desses casos, 37,7% têm o distanciamento do pai ocorrido predominantemente por morte ou abandono. São configurações familiares, portanto em que a mulher é responsável pelos filhos nos âmbitos financeiros, emocionais e domiciliares, tendo uma infraestrutura familiar prejudicada.

Assim, este estudo busca evidenciar a relação entre o adolescente infrator e a importância da Avaliação Psicológica para sua realidade. Neste contexto a avaliação psicológica voltada para a adolescência tem avançado na construção de várias técnicas e instrumentos de investigação. Aqui, apresenta-se a Avaliação do Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes (AIDA), um questionário de 61 questões desenvolvidas por Kirstin Goth, Pamela Foelsch, Susanne Schlüter-Müller, Marc Birkhölzer, Emanuel Jung, Oliver Pick e Klaus Schmeck (2012), com o intuito de avaliar a noção de

identidade em adolescentes entre 12 à 18 anos. Baseia-se na ideia de que a adolescência retrata a noção de continuidade do ser, a qual é marcada por uma crise no desenvolvimento do ser humano devida às questões típicas da idade. É considerado um teste psicológico em alguns países, como: Alemanha, México e Nova Zelândia. No Brasil, sua validação está em processo, tendo como responsável Leila Tardivo da Universidade de São Paulo.

Este trabalho de pesquisa, portanto, tem por objetivo demonstrar a adaptação da Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência (AIDA) na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, com um público de adolescentes em conflitos com a lei, além de levantar algumas considerações sobre essa realidade.

Método

Desenho do Estudo: O presente trabalho se caracterizou por um estudo observacional, o qual não tem caráter interventivo. Apresenta observação analítica, direcionamento Transversal e concorrente.

Participantes: Foi realizado com 30 adolescentes, na faixa etária de 17 e 18 anos de idade, que cumprem medidas socioeducativas no Centro Educacional Patativa do Assaré (CEPA) na cidade de Fortaleza, Ceará. O CEPA tem por objetivo atender adolescentes em suas necessidades básicas sob regime de internato que precisam da reinserção ao convívio social por serem autores de atos infracionais graves (Fialho, 2012).

Material: Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram o questionário de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes (AIDA). Esta ferramenta é constituída de 61 questões objetivas e duas subjetivas. As questões subjetivas são divididas, cada uma, em três itens. Este teste tem a finalidade de avaliar a identidade de adolescentes de 12 a 18 anos com base na teoria de Erickson (1972), distinguindo o desenvolvimento da identidade saudável da difusão de uma identidade patológica na adolescência. Além disso, foi utilizado o teste projetivo gráfico Casa-Árvore-Pessoa (HTP), que serviu para obter informações de como uma pessoa experimenta a sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar. O HTP

possibilita a projeção de elementos da personalidade através do desenho de uma casa, árvore e uma pessoa. Para isso, foram usados três folhas em branco de tamanho A4 e um lápis preto comum. Nesta pesquisa, não foi utilizado o formulário do questionário contido no manual, sendo usado para a análise de dados apenas o material gráfico colhido das folhas de papel. Por fim, foram necessários os termos de consentimento dos participantes e do diretor da instituição.

Procedimento: A pesquisa foi realizada em três etapas: contato com a instituição e aplicação dos questionários, caracterizando uma pesquisa quantitativa. A primeira consistiu em uma conversa com o diretor a fim de solicitar e viabilizar a coleta de dados. Além disso, foi feito contato com o profissional de Psicologia da instituição para discutir o trabalho. Já na segunda etapa, foi realizado um contato inicial (*rapport*) com os participantes e as aplicações dos instrumentos.

Tendo em vista que o AIDA ainda não tem validação no Brasil, e havendo a necessidade de sua regionalização, o HTP foi disposto como um padrão ouro, a fim de verificar a consistência dos resultados a serem obtidos a partir da outra técnica.

Por fim, buscou-se comparar os dados psicométricos desta adaptação em Fortaleza com os resultados da validação do AIDA no México (Kassin, Goth, Castro, & Arango, 2013).

Análise de dados: Os dados foram analisados quantitativamente e qualitativamente com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) edição 20.0 e a interpretação dos desenhos gráficos foi baseada no Manual prático de avaliação do HTP (Buck, 2003).

Comitê de Ética: Esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética sob a referência numérica N° 28206014.9.0000.5052.

Resultado e Discussão

O inventário AIDA tem sua origem na Alemanha, Suíça e nos Estados Unidos da América, e está sendo desenvolvido em outros países, tais como: Brasil, México, Kosovo e Bulgária (Schmeck, Schlüter-Müller, Fegert 2013). No Brasil, o processo de validação do AIDA está em andamento, tendo como responsável Leila Cury Tardivo do

Instituto de Psicologia na Universidade de São Paulo. O presente estudo foi desenvolvido com o auxílio desta pesquisadora e de sua equipe, que possibilitou o acesso ao instrumento que foi traduzido e adaptado para a amostra brasileira (Tardivo, Malki & Barros, 2012).

Como já foi colocado, a presente pesquisa foi realizada com 30 adolescentes do sexo masculino que cumprem medidas socioeducativas no Centro Educacional Patativa do Assaré (CEPA) na cidade de Fortaleza, Ceará. Dos 30 sujeitos, apenas 2 tinham 18 anos de idade, de modo que a idade média dos participantes era de 17,6 anos, 93,5% deles tendo 17 anos de idade (considerou-se desvio padrão de 0.250).

Para facilitar a interpretação do estudo no SPSS 2.0, colocaram-se rótulos para caracterizar e nomear cada questão. É relevante considerar a mediana, desvio padrão e as porcentagens obtidas de cada rótulo, pois assim é possível comparar com os resultados do HTP e a validação do AIDA no México.

O Teste HTP consiste em uma técnica projetiva gráfica que possibilita o sujeito expor traços de sua personalidade nos desenhos gráficos sugeridos, que são: uma casa, uma árvore e uma pessoa. Permite a demonstração de aspectos sobre como o indivíduo avaliado experimenta sua individualidade, relações interpessoais e o ambiente do lar (Buck, 2003). Deste modo, Peres, Santos, Rodrigues & Okino (2007) consideram que:

O HTP favorece a projeção tanto de elementos estruturais quanto de aspectos dinâmicos da personalidade do examinado, de modo que apresenta diversas possibilidades de utilização. Ademais, pode ser aplicado em crianças e adultos, visto que a atividade proposta não exige qualquer habilidade artística e geralmente tem boa aceitação (p. 46)

Sua aplicação, portanto, pode ser realizada em grupo ou individual, com público indicado para acima de oito anos de idade. As instruções sugerem que o avaliando deve desenhar de forma sequencial uma casa, uma árvore e uma pessoa com o máximo de detalhes que possa executar em folhas de papel ofício separadas, utilizando lápis e borracha. É por meio dos desenhos que se torna possível a projeção de aspectos conscientes, inconscientes e subconscientes do indivíduo (Buck, 2003).

Cada desenho tem características avaliativas específicas. A casa possibilita a exposição de aspectos conscientes e inconscientes a respeito de relações interpessoais consideradas íntimas que se referem ao lar do sujeito. A árvore apresenta aspectos

subconscientes e inconscientes e considera o sentimento de equilíbrio de quem está sendo avaliado, além de avaliar os recursos da personalidade em busca da satisfação no ambiente. Por fim, a pessoa demonstra expressões diretas da imagem, além da forma como o indivíduo se relaciona (Buck, 2003).

Godinho (2000) considera que o desenho da casa pode simbolizar as relações intrafamiliares, permitindo associações da vida doméstica e o contato que o sujeito faz com a fantasia e a realidade. Os principais resultados obtidos foram respectivamente: Insegurança; ansiedade; Transtorno de personalidade dependente; Agressão; Medo; Conflitos externos e internos; Falta de confiança em si mesmo e em se defrontar com situações novas; Atitudes defensivas e de autodefesa; depressão; Isolamento afetivo, ambiental e emocional; timidez; Transtorno de personalidade Esquizoide; Dificuldade de se mostrar no contato interpessoal e no meio; dificuldade em ser autêntico; Fobia social; Intoxicação de remédios, drogas e alcoolismo; sensibilidade; sentimento de inferioridade; temor; Transtorno de ansiedade generalizada; dissimulação; exibicionismo; impulsividade; inibição; inteligência; necessidade de apoio; retraimento; sentimento de inadequação; tendência a buscar satisfação na atividade imaginativa; transtorno de personalidade de esquiva; transtorno de personalidade esquizotípica; e transtorno de personalidade paranoide; incapacidade para enfrentar situações domésticas; sentimento de rejeição pelo ambiente; necessidade de proteção e a imersão na fantasia.

Inicialmente, é pertinente observar que dentre as características obtidas a partir do desenho gráfico de uma casa apareceram vários transtornos de personalidade, como o Dependente, Esquizoide, de esquiva, esquizotípica e de paranoide, demonstrando a relevância da utilização do instrumento AIDA, pois, segundo Goth et al. (2013), o método foi desenvolvido para auxiliar no diagnóstico de transtorno de personalidade.

No HTP foi evidenciada a característica “medo”, que foi recorrente no AIDA, porém relacionado a aspectos das relações interpessoais, pois 58.1% dos adolescentes entrevistados declararam apresentar medo do abandono dos amigos, quando precisassem. Tal receio pode ser justificado com outra afirmação do AIDA, no qual 32.3% destes indivíduos dizem não ter certeza se seus amigos realmente gostam deles. Remetendo a outro resultado do HTP, que consiste na insegurança.

Os adolescentes demonstraram no HTP falta de confiança em si mesmo e de se defrontarem com situações novas. No AIDA é observado que 71% destes admitiram a

necessidade de apoio para não desistir dos seus objetivos. E 32.3% alegaram sentirem-se desamparados quando estão sozinhos.

Os dados do AIDA constataam que 29% dos adolescentes avaliados dizem ter um sentimento de vazio, além de que 61.3% declaram apresentar dificuldades para ficarem sozinhos. O que foi confirmado no HTP como características que tendem à depressão.

Ainda com os resultados do HTP, os adolescentes participantes da amostra apresentaram altos índices de serem facilmente sugestionáveis em seus ambientes, já que apresentaram dificuldade de se mostrarem no contato interpessoal, no meio e em serem autênticos. No AIDA, 35.5% deles declaram fazer amizade com quem não gostam por não saberem dizer não, 54.8% afirmaram sentir-se dominados em uma amizade sem conseguir se colocar e guardam suas necessidades. É importante considerar, neste sentido, pensar que eles podem ser facilmente sugestionáveis por terem necessidade de aceitação, pois 83.9% dizem ser importante que quando estão conversando com alguém, verem que o outro gosta do que ele está falando. Ainda é relevante mencionar o sentimento de inferioridade presente no HTP, apresentado também no AIDA, quando 22.6% concordam ser difícil não se sentirem inferior ou superior aos outros. Então a dificuldade da autenticidade pode ser entendida a partir do sentimento de inferioridade e a necessidade de aceitação.

No HTP, apresentam-se características como dissimulação e impulsividade, já no AIDA observou-se uma instabilidade interior que sugere que possa ser necessária uma intervenção mais aprofundada, no sentido de investigar a psicopatologia adequadamente. Outro dado relevante é que 32.3% afirmaram sentirem-se uma farsa, já que o exterior muitas vezes não combina com o interior, 35.5% alegam sentir dificuldades em saber quem realmente são e 41.9% dizem pensar serem “muitas pessoas” em vez de uma só, em decorrência das diversas opiniões e humores diferentes. Apresentou-se incoerências a respeito dos comportamentos, o que talvez nos leva à compreensão da impulsividade, já que 54.8% declaram que têm comportamentos tão diferentes que se alguém os visse, não iam acreditar que são a mesma pessoa e ainda 45.2% afirmam apresentar dificuldades para lembrar-se da motivação das formas de agir. Tais fatores podem prejudicá-los nas relações interpessoais, e por tais fatores é que podem ter sido apresentados no HTP o sentimento de rejeição e o de inadequação no ambiente.

Com relação à família, 90.3% dos adolescentes entrevistados afirmam sentirem-se pertencentes a suas respectivas famílias e que 64.5% confirmam que seus pais pensam

que eles são uma pessoa boa. Porém o HTP demonstrou conflitos que podem estar presentes na vida desses adolescentes quando se trata do ambiente do lar, a saber: incapacidade para enfrentar situações domésticas, sentimento de rejeição pelo ambiente, necessidade de proteção e a imersão na fantasia. Para complementar, em alguns estudos, é possível observar o perfil familiar do adolescente infrator, no qual estão presentes: condições mínimas de vida, sendo comum o trabalho infantil por incentivo dos pais, violência doméstica, pai ausente, idealização da figura materna, baixa escolaridade, consumo de drogas e a marginalização (Castelo Branco & Silva, 2009; Branco, Wagner & Demarch, 2008; Sanches III, Kodato & Ikumar, 2013; Yokoy & Oliveira, 2008; Zappe & Dias, 2012). O que condiz também com a entrevista realizada com a psicóloga sobre o perfil dos adolescentes, antes de começar os estudos no local onde foi feita a pesquisa.

Na figura da árvore são perceptíveis aspectos inconscientes da personalidade do indivíduo, permitindo a retratação de sua autoimagem através de três campos: o Instintivo, o emocional e o intelectual (Godinho, 2000).

Deste modo, ao analisar a figura gráfica da árvore, percebe-se que uma das características comuns no HTP foi Inteligência e Vitalidade, e no AIDA 80.6% dos adolescentes da amostra afirmam que se destacam em pelo menos uma atividade, seja ela música, esporte, línguas, entre outras. E ainda 58.1% dizem que seus passatempos e interesses já se tornaram parte de quem são.

A partir da expressão simbólica no HTP do desenho da árvore, observamos a instabilidade, insegurança, imaturidade, indecisão, labilidade do humor, tensão e desorientação, confirmando características que podem ser interpretadas das questões, em que 41.9% dos adolescentes se identificam que com frequência sentem-se muitas pessoas em vez de uma só por causa das diversas opiniões e humores diferentes. Além disso, 38.7% afirmam se sentirem confusos sobre que tipo de pessoas realmente são.

Considerando ainda os aspectos característicos citados anteriormente, acrescenta-se o que também foi encontrado no HTP: impulsividade, Transtorno de stress pós-traumático, sentimento de inadequação, Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de personalidade esquizoide e traumas psíquicos. Assim, estes resultados chamam a atenção a possíveis psicopatologias e/ou outros problemas psicológicos desses indivíduos, sendo possível corroborar esta impressão no questionário AIDA, já que em diferentes contextos, 38.7% dizem ser tão diferentes em situações diferentes que as pessoas têm dificuldades para

reconhecê-los, e ainda 41,9% admitem apresentar percepções e sentimentos que não se encaixam bem juntos. Isso pode ser compreendido em razão de estarem em um Centro Educacional, por terem cometido crimes graves como homicídio e estupro. Podemos ampliar essa compreensão a partir de uma investigação da personalidade do sujeito quando encontramos no HTP a predominância da vida instintiva, culpa e a impulsividade.

Godinho (2000) considera que o desenho da figura humana pode ter três tipos de projeções: o Autorretrato; o Eu ideal ou ideal de Ego; e de Pessoas significativas. A partir das análises dos desenhos, emergem características que se repetem no AIDA, como é o caso do desenho da árvore, que apresentou os aspectos de: insegurança, imaturidade, impulsividade, aspectos comuns em crianças, depressão, inadequação, ansiedade, dissimulação, culpa e medo.

No desenho da figura humana há a presença do oposicionismo, que é presente no AIDA quando os adolescentes discordam de outras pessoas sobre aspectos de sua personalidade. Como exemplo, 29% dos indivíduos da amostra discordam quando os outros, com frequência, dizem que eles se contradizem e 51.6% afirmam ver seus comportamentos diferentes do que os amigos dizem.

Portanto, com as semelhanças das características encontradas no HTP e as respostas dos adolescentes da amostra no questionário AIDA, é verificada a confiabilidade deste último, visto que os resultados apresentaram conformidade e parcimônia.

Ressalta-se ainda no estudo do HTP com os adolescentes infratores os inúmeros transtornos psicológicos que foram encontrados, que são: Transtorno de somatização, Transtorno de Personalidade obsessiva Compulsiva, Transtorno de personalidade Antissocial, Transtorno de Personalidade Histriônica, Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Personalidade dependente, Transtorno de Conduta, Transtorno de Personalidade paranoide, Transtornos de Personalidade narcisista, Transtorno de estresse pós-traumático, Transtornos de despersonalização, Transtorno de personalidade esquizoide, Transtorno de Personalidade *borderline*, Transtornos de aprendizagem, Transtorno de personalidade esquiva, Transtorno depressivo, Transtorno de pânico e Transtorno de Personalidade esquizotípicas.

Quanto à análise psicométrica, foram utilizados os tópicos considerados relevantes por Goth et al. (2013) na validação do instrumento AIDA no México, que

são: os valores *Missing* por item, a porcentagem das respostas dos sintomas, as correlações e a escala de confiabilidade Alpha de Cronbach.

O estudo não demonstrou nenhum valor *missing* por item, concluindo que todas as questões foram respondidas e entendidas por todos os indivíduos da amostra. Ao contrário do estudo realizado no México, em que os itens apresentados tiveram valores *missing* de 0 a 2.

Segundo Dennick e Tavakol (2011), o Alpha de Cronbach corresponde a uma medida objetiva, a partir da qual é possível avaliar a confiabilidade de um instrumento. Existem vários estudos que trazem um valor aceitável para a consistência interna, e esta medida varia de 0.70 a 0.90. Deste modo, os resultados encontrados no AIDA apresentaram Alpha de Cronbach 0.79 (Figura 01), obtendo uma medida confiável. No México, o coeficiente encontrado foi de 0.94.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.796	.787	61

Figura 01: alpha de cronbach da aplicação do questionário AIDA na cidade de Fortaleza

Fonte: elaboração própria.

Outra medida importante para analisar a confiabilidade do questionário AIDA, é a medida ANOVA com teste de Friedman. É uma análise de variância que permite a avaliação da magnitude das respostas de duas amostras diferentes, sendo capaz de decompor o total em duas ou mais medidas. O resultado obtido da ANOVA com teste de Friedman foi de 7.944. No México, esta medida foi utilizada para identificar a diferença entre as respostas de gênero e de idade, como em Fortaleza não houve variedade quanto aos adolescentes da amostra, pois são todos do sexo masculino com idades de 17 e 18 anos, não foi preciso efetuar a comparação destes resultados.

Em Fortaleza, o coeficiente de correlações Inter-item Foi de 0,57, enquanto as correlações de intraclass foram de 7.96. São notáveis algumas correlações em comum com a pesquisa no México.

Tabela 01: Confiabilidade da escala AIDA em alguns países (continua)

Escalas	α Alemanha	Nº Itens	α México	α Fortaleza	Itens
Pontuação Total Difusão	.94	58	.94	.79	Soma das Escalas
1. Descontinuidade	.86	27	.85	-	Soma das Subescalas
1.1 Atributos/ Metas	.73	9	.70	.60	1.Meus interesses e passatempos já se tornaram parte de quem eu sou/ 33. Quanto mais o tempo passa, eu posso imaginar bem como serei no futuro.
1.2 Relacionamentos/ Funções	.76	11	.74	.68	2.Pertenço a um grupo, no qual me sinto a vontade;54.As minhas amizades duram apenas alguns meses
1.3 Emocional/Auto reflexão	.76	7	.7	.69	3.Frequentemente eu não sei como me sinto;11. Eu não tenho certeza se meus amigos realmente gostam de mim.
2. Incoerência	.92	3	.9	-	Soma das subescalas
2.1 Consistência	.86	1	.8	.69	4.Eu sinto que tenho vários jeitos que parecem não se encaixarem juntos;13. Sinto-me perdido(a) com frequência, como se eu não tivesse um eu interior estável.
2.2 Autonomia	.84	1	.8	.54	22. Quando meus amigos discordam de minha opinião e ideias, eu me sinto arrasado; 42. Quando estou só sinto-me desamparado(a).
2.3 Autorreflexão cognitiva	.76	8	.7	.57	54.Muitas vezes tenho um bloqueio quando me perguntam o porque fiz as coisas;35. Estou confuso sobre que tipo de pessoa eu realmente sou

Fonte: Elaboração própria. Dados comparados da atual pesquisa com a pesquisa de Goth *et al.* (2013).

Portanto, levando em consideração a tabela 01, em que é evidente a apresentação dos resultados encontrados em Fortaleza, Alemanha e México, entende-se que o questionário é confiável e válido para a aplicação em Fortaleza, pois apresenta resultados que corroboraram com o que foi obtido no México. Como não foi encontrado

nenhum valor *missing*, é demonstrado que os adolescentes entenderam os itens apresentados; o Alpha de Cronbach e o coeficiente ANOVA com teste de Friedman foram altos o suficiente; e correlações obtidas foram semelhantes ao estudo realizado no México.

Considerações Finais

Através do presente estudo, é corroborado que o questionário de Avaliação do Desenvolvimento da identidade em adolescentes (AIDA) é válido e confiável, sendo aplicação viável na cidade de Fortaleza. Os resultados encontrados no questionário apresentaram consistência quando comparados à análise do material gráfico do HTP, e ainda teve medidas psicométricas qualitativamente de acordo com a validação em outros países como no México e na Alemanha.

Houve limitações na pesquisa quanto ao contato com os sujeitos da amostra, pois não foi possível realizar entrevistas bem estruturadas ou efetuar a anamnese antes da aplicação dos questionários. O *rapport* foi feito rapidamente, e não houve retorno ao local após a aplicação do questionário para finalizar o contato, pois os adolescentes internados deram início a uma rebelião que causou mudança de toda a diretoria, dificultando o acesso. Quando o estudo foi retomado no local, grande parte dos adolescentes que participaram da pesquisa já tinham sido liberados ou estavam em outros lugares.

A partir das conclusões do estudo, em paralelo à adaptação do questionário, é evidente que este é um público que precisa de mais atenção à sua saúde mental. Isso torna necessário um acompanhamento mais aprofundado com equipe interdisciplinar, composta por psiquiatras e psicólogos no local da internação. Já que são observadas personalidades instáveis, inseguras e impulsivas, além de vários transtornos psicológicos associados.

Há também incoerências, pois são adolescentes com extrema necessidade de apoio, cuidado, com medos e inseguranças e ao mesmo tempo são quem amedronta toda uma sociedade que os pune. O estigma da internação pode ficar gravado por toda uma vida, a partir dos sentimentos de inferioridade e de inadequação no ambiente como encontramos na mesma.

Tais fatos nos remetem a algumas reflexões, como: que tipo de adultos estão sendo formados? Os centros educacionais estão com lotações, e os casos de reincidência são comuns. De que forma, então, está sendo realizada a ressocialização? Será que a

teoria está sendo colocada em prática? Há, de fato, a responsabilização? Se não, quem responde pelos adolescentes infratores? Será que a privação é a solução? Outra consideração a se fazer é sobre a localização do problema: o adoecimento está de fato no indivíduo ou na sociedade? Os estudos devem ser focados meramente nos atos de transgressão à Lei? E de que forma pode-se solucionar os problemas de um país corrompido por políticos corruptos e um sistema prisional falido?

Portanto, considerando as questões levantadas, vale ressaltar a importância de pensar o anterior, pois uma intervenção precoce pode ser interessante para evitar o crime ou até realizar um prognóstico de adolescentes que estão em centros educacionais, buscando evitar a reincidência. O questionário AIDA tem importância neste sentido, já que é um instrumento que pode avaliar a personalidade de um indivíduo e analisar o seu desenvolvimento, possibilitando-nos intervir para evitar maiores prejuízos, caso o destino seja uma psicopatologia que possa transtornar uma sociedade.

Referências

- Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Avoglia, H. R. C. (2012). O sentido da avaliação psicológica no contexto e para o contexto: uma questão de direito. *Psicólogo Informação*, 16 (16), 179-190.
- Branco, B., Wagner, A., & Demarchi, K. (2007). Adolescentes Infratores: Rede social e Funcionamento Familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1), 125-132.
- Buck, J. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa - técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Castelo Branco, L. B. & Silva, S. C. (2009). A sociedade civil e a criminalização do adolescente: violência, pobreza e consumismo capitalista no universo da delinquência Juvenil. *Poliarquia Revista de Estudos políticos e sociais do centro universitário UNIEURO*, 1(1), 7-13.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Denninck, R. & Tavakol, M. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Fialho, L. M. F. (2012). O Ensino Médio ministrado no Centro Educacional Patativa do Assaré. *Holos*, 28 (2), 184-192.

- Godinho, M. (2000). *Manual prático de avaliação do HTP (Casa, árvore, pessoa) e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., & Schmeck, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (27).
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O. & Schmeck, K. (2013). Assessment of identity development in adolescence (AIDA). *Revista de Psicopatología y salud mental del niños y del adolescente*, 21, 19-30.
- Kassin, M. et al. (2013). *Psychometric properties of a culture-adapted Spanish version of AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Mexico*. Basileia: Biomed Central.
- Peres, R.; Santos, M. A., Rodrigues, A. & Okino, E. T. K. (2007). Técnicas projetivas no contexto hospitalar: relato de uma experiência com o *House-Tree-Person* (HTP). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 23 (1), 41-62.
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26 (esp), 25-35.
- Sanches, N.A, Kodato, S., & Ikumar, D. M. (2013). Significados de atos infracionais praticados por adolescentes em conflito com a lei. *Revista de psicologia da UNESP*, 12 (1), 51-63.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. & Fegert, J. (2013). *On Identity*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7 (24).
- Tardivo, L., Malki, Y., Barros, M. (2012). *Identity Development in Brazil*. In: IACAPAP 2012 - 20th World Congress Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2012. São Paulo: Elsevier Masson.
- Tardivo, L. S. P. C. (2007). *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje*. São Paulo: Editora Psico-Pedagógica.
- Yokoy, T. & Oliveira, M. (2008). De trajetórias de desenvolvimento e contextos de subjetivação e institucionalização de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), on-line.
- Zamora, M. H. (2008). *Adolescentes em conflito com a Lei: Um breve exame da produção recente em Psicologia*. Polêmica: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Zappe, J. & Dias, A. (2012). Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 389-395.

Integração à vida psíquica organizacional para o aprendizado: Percepções em um órgão público na cidade de São Paulo

Luiza Correia Hruschka¹

Fernando Rejani Miyazaki²

Universidade Metodista de São Paulo

Resumo: Introdução: Organizações possuem estruturas e dinâmicas de funcionamento próprias, as quais devem ser divulgadas aos novos funcionários quando estes ingressam na organização, para que possam se adaptar o mais rapidamente possível. Este momento representa um desafio para os ingressantes, uma vez que os mesmos devem se integrar e adaptar à nova empresa, assim como adquirir conhecimentos e competências, muitas vezes, de uso específico, para atender aos requisitos exigidos pelo cargo e pela organização. Objetivo: O trabalho tem como objetivo o processo de integração de um colaborador à vida psíquica de uma organização pública, e a forma pela qual os processos de aprendizado organizacional desenvolvidos são afetados pela integração deste colaborador. Para atingir tal objetivo, foram considerados aspectos da vida psíquica, do aprendizado organizacional, da cultura organizacional e do processo de integração nas organizações. Método: A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma entrevista qualitativa, baseada em roteiro prévio com os seguintes tópicos principais: integração, vida psíquica, valores inerentes, esforços institucionais, e aprendizagem organizacional. Os sujeitos que a constituem são dois servidores públicos lotados no mesmo órgão, sendo um responsável pela divisão de capacitação e o outro de uma área técnica, porém recém-empossado. Resultados: Nesta pesquisa foi possível verificar o quanto é importante um processo de integração, socialização e aprendizado organizacional, no sentido de despertar no novo servidor seriedade, conscientização e comprometimento. O investimento no aprendizado organizacional possibilita à organização que acompanhe as mudanças sociais e auxilia a organização a mudar sua cultura organizacional. Conclusão: Conclui-se que o órgão estudado possui práticas que demonstram preocupação com a vida psíquica da organização, assim como investe no processo de aprendizagem organizacional, e se diferencia em relação aos demais, conseguindo manter em seu quadro de pessoal diversos mestres e doutores.

Palavras-chave: Vida psíquica; aprendizado organizacional; integração de novos servidores; cultura organizacional.

Introdução

O homem passa a maior parte do seu tempo envolvido com o trabalho, assim, constrói relações formais e informais que irão interferir diretamente na sua vida psíquica, uma vez que toda relação desperta emoções e reações para quem está nela envolvido. Tais emoções brotam da vivência do indivíduo na organização e afetam a sua vida e também a da organização.

Organizações possuem estruturas e dinâmicas de funcionamento próprias, as quais devem ser divulgadas aos novos funcionários quando estes ingressam na organização, para que possam se adaptar o mais rapidamente possível. Este momento representa um desafio para os ingressantes, pois devem se adaptar, integrar e adquirir conhecimentos e competências, muitas vezes de uso específico, para atender aos requisitos exigidos de cargo e organização.

Embora o aprendizado seja um processo contínuo, que deve acompanhar um trabalhador durante toda a sua trajetória profissional; a integração à organização no

estágio inicial é o primeiro passo, pois ela garante a permanência e adaptação do funcionário à dinâmica da organização, seja no sentido meramente de garantir a empregabilidade, seja no sentido de garantir visibilidade e o reconhecimento de talentos para a organização.

Segundo Enriquez (1995), além da valorização do aprendizado contínuo nas organizações, o imaginário das pessoas também tem recebido um enfoque maior pelos administradores, onde se discute a ‘direção pelo afetivo’ e a ‘gestão pela paixão’. Também é relatada tendência de substituição da perspectiva tecnocrática por uma perspectiva estratégica, onde a afetividade e as pulsões individuais são levadas em consideração. Esta forma de atuar possibilita às organizações não serem mais vistas como sistemas de ou sistemas sociais, mas como um organismo coletivo composto de diversos membros, seus desejos e necessidades.

As organizações têm se preocupado, também, com os fenômenos da cultura e aprendizagem organizacional, para que possam melhorar seus desempenhos, promover dinamismo e flexibilidade necessários para tornar seus processos eficientes e eficazes (Arruda, Lima, Cabral, Ferraz & Pinto, 2015). Na década de 1980, estudos sobre cultura e aprendizagem nas organizações começaram a se destacar, em razão do declínio da produtividade de países ocidentais e do forte avanço e desenvolvimento de países orientais no mercado mundial (Arruda et al., 2015).

Para Cook e Yanow (1993), não há necessariamente uma única cultura em uma organização, nem a cultura deve ser analisada em separado da aprendizagem organizacional, por haver uma interligação de temas. Neste estudo, a abordagem enfoca a integração de um novo colaborador à organização, e verifica se a integração influencia o aprendizado do colaborador na organização, por meio de seus programas e políticas de treinamento. Para tal, são verificados conceitos e percepções tanto do lado gerencial quanto por parte de funcionário recém-empossado em órgão público na cidade de São Paulo, para comparar expectativas e realidades e determinar se é possível uma melhor percepção das estratégias delineadas para a integração e capacitação de pessoas. Assim, formulou-se a seguinte problemática de estudo: ‘Como a vida psíquica influencia a aprendizagem organizacional?’

Referencial teórico

Vida psíquica

As organizações são criadas e sustentadas por processos conscientes e inconscientes, portanto as pessoas que nela trabalham podem ser aprisionadas por imagens, ideias, pensamentos e ações. Apesar das organizações serem realidades socialmente construídas, assumem existência e poder próprios, exercendo controle sobre as pessoas (Morgan, 2013).

Uma organização é um prolongamento da personalidade do empresário (Enriquez, 1995). Assim, maneiras de pensar e de agir aprovadas tornam-se prisões psíquicas e impedem o surgimento de novas formas de pensar e agir (Morgan, 2013). Segundo Bastos (2013), a vida mental era vista como estruturada em três grandes domínios:

[...] o cognitivo, o emocional e o conativo, voltados respectivamente para o pensamento, as emoções e a vontade. Em comum, esses três domínios trazem a característica de serem algo escondido, de natureza intrapsíquica, inacessíveis, muitas vezes, à própria pessoa que os possuía. A mente é vista como entidade, muitas vezes concebida como integrada por subentidades [...], cuja interação lhe confere dinamismo, tensão, mecanismos de ajustes e desajustes, em uma dinâmica que utiliza, em muitos aspectos, um modelo mecânico e hidráulico para explicar a singularidade, individualidade ou dimensão subjetiva do ser humano (p. 56).

Para Camus (2014), o trabalho impõe uma metafísica da humilhação ao subjugar o homem à sua estrutura e funcionamento para ingresso e manutenção na organização. Mesmo abordagens tayloristas do trabalho, geralmente pouco ligadas à individualidade do trabalhador, ressaltam a importância da vida psíquica e a necessidade de encontrar estímulos individuais que favorecessem a sua integração no trabalho, a exemplo da Campanha Operário Padrão, cujo objetivo principal era demonstrar à massa de trabalhadores, ao se eleger colaboradores como modelos a seguir, a importância dos laços familiares, da conformação social e da plena integração à empresa e seus interesses como extensão de seu ambiente familiar, como forma de enquadrar a preguiça do trabalhador e manter controle do ambiente laboral (Campos, 2014).

As concepções weberianas de trabalho relacionam a tomada de decisões com elementos essencialmente racionais. Organizações funcionam eficazmente apenas se postos são atribuídos a indivíduos com competência, responsabilidade e discernimento

entre a vida pública – predominantemente racional – e a privada, mais passional (Enriquez, 1995).

A dissociação entre razão e paixão torna-se menos clara na prática, quando considerada a busca por eficácia para garantir a sustentabilidade de um empreendimento, e a relação entre a weberiana ‘paixão da vida particular’ e a vida pública. Mayo evidenciou o papel dos fatores afetivos no funcionamento das organizações, a importância das relações informais, das normas de grupo e do papel de líderes espontâneos. Desta forma, a vida psíquica começa a ganhar um espaço maior nas organizações (Enriquez, 1995).

O novo perfil profissional, flexível, subordinável, ágil e aberto a mudanças, agregou valor aos processos de produção e gestão rumo aos objetivos estratégicos da organização. Porém, para alcançar seus resultados, esta deve não apenas impelir a internalização de seus valores por parte dos funcionários, como também condicionar a permanência na empresa a este processo, em um ambiente regido pela complexidade e incerteza (Rohm & Lopes, 2015).

A disseminação de uma cultura baseada no medo, tal qual um elevado nível de estresse, são disfunções potenciais desta imposição da vida psíquica aos trabalhadores, com riscos à produtividade e à própria saúde dos indivíduos sujeitos a tais fatores, além dos riscos e pressões inerentes à existência do exército industrial de reserva. A ameaça de demissão e outros medos que os indivíduos enfrentam na rotina, faz com que se imobilizem e, conseqüentemente, deixem de analisar adequadamente o contexto ao seu redor para discernir e melhor compreender a realidade (Rohm & Lopes, 2015). Diante do exposto, percebe-se que a vida psíquica se torna mais consciente no ambiente organizacional, seja em seus aspectos de integração e produtividade, seja em abusos e disfunções a ela relacionados.

Aprendizagem organizacional

A aprendizagem organizacional teve suas primeiras referências, de forma superficial, na década de 1960, com ganho de relevância a partir da década de 1980 (Dos-Santos, Brito-de-Jesus, Souza-Silva, & Rivera-Castro, 2015). O atual avanço da inovação exige mais adaptação às novas tecnologias e reformulação dos modelos de gestão. Assim, a aprendizagem organizacional se relaciona com desempenho, dinamismo e flexibilidade para tornar os processos mais eficientes e eficazes (Arruda et al., 2015).

Diante dessas rápidas mudanças, os gestores devem ser capazes de perceber mudanças contextuais e promover alterações necessárias à resolução dos problemas na organização, com foco em gestores autônomos, engajados e com forte habilidade interpessoal, que identifiquem problemas, desenvolvam soluções e mobilizem as equipes de trabalho para alcançar as metas propostas (Dos-Santos et al., 2015).

Na economia baseada no conhecimento, a informação, o conhecimento e o aprendizado são essenciais para a criação de organizações ideais, embora muitas organizações ainda tenham dificuldade em aprender e evoluir de maneira suave, isto é, identificar variações, antecipar mudanças, questionar pressupostos e alterar estratégias (Morgan, 2013).

As mudanças que ocorrem na sociedade e no mundo organizacional impactam espontaneamente nos trabalhadores, uma vez que são exigidos deles aprendizagens constantes para demonstrar competências atualizadas no cotidiano do trabalho. Segundo Ferreira e Godoy (2015), a aprendizagem é um processo social que busca a compreensão, por estar presente nos ambientes através de práticas formais e informais entre os trabalhadores.

A aprendizagem organizacional recebe influência de campos teóricos distintos, e possui cinco grupos: curvas de aprendizagem, aprendizagem comportamental, aprendizagem cognitiva, aprendizagem pela ação e aprendizagem social (Ferreira & Godoy, 2015). Por fim, o conhecimento é um bem transmissível e armazenável, construído cognitivamente nos indivíduos (Dos-Santos et al., 2015).

Cultura organizacional

Cada empresa tem uma cultura própria, reflexo de fatores internos e externos. Quando ingressa na organização, o funcionário precisa compreender e se adaptar a essa nova cultura para nela poder permanecer. Para Araújo, Carioca e Machado (2011), a cultura organizacional é chave para a socialização via integração. Cultura é um conceito antropológico e sociológico com muitas definições, que se apresentam como formas de concebê-la:

[...] a cultura parte do inconsciente humano. Todas as configurações culturais estariam previamente inscritas no inconsciente. Todavia, as condições ambientais internas e externas à comunidade seriam responsáveis pelas combinações diversas dos traços presentes no inconsciente. Essas combinações apresentam-se sob a forma de símbolos, cujos significados nos

dão a chave de uma cultura e, portanto, de uma comunidade humana (Motta, & Caldas, 2014, p. 16).

Na cultura brasileira, o traço cultural mais marcante do Brasil é a heterogeneidade (Motta, Alcadipani, & Bresler, 2001). Conforme menciona Ribeiro (1995), não se deve esquecer disparidades, contradições e antagonismos implícitos, fatores culturais relevantes.

Para Motta et al. (2001), é necessário compreender a cultura nacional e suas peculiaridades para melhor entender o comportamento de indivíduos e organizações e, no caso brasileiro, algumas das características culturais marcantes são: cordialidade, preferência por relacionamentos pessoais afetivos, paternalismo, personalismo, valorização do estrangeirismo, dentre outras. Neste contexto, a cultura brasileira influencia as organizações tanto em relação à teoria como em relação a sua prática e, especialmente, a maneira pela qual se dá a gestão das pessoas nas organizações brasileiras (Motta et al., 2001).

Segundo Arruda et al. (2015), a cultura organizacional desenvolve e difunde valores que sustentam a aprendizagem na organização, principalmente pela interação e compartilhamento de experiências e valores necessários à atuação nos padrões esperados. Contudo, na cultura organizacional brasileira o desenvolvimento de carreiras ainda é muito ligado à organização, e não ao trabalhador, conforme demonstrou pesquisa de Dutra (2014), onde apenas 2% dos respondentes concebiam suas carreiras de forma estruturada.

O processo de integração nas organizações

O treinamento inicial de novos funcionários, isto é, a integração, ocorre o ingresso do colaborador na organização. Embora não promovam acompanhamentos específicos para o cargo a exercer pelo empregado, o momento de integração atua não apenas para impedir a perpetuação de vícios organizacionais, mas também revela por meio da socialização as satisfações ou insatisfações de indivíduos e grupos, que impactam a organização como um todo, além de um conhecimento organizacional básico (Araújo, et al., 2011).

O processo de adaptação a uma nova realidade organizacional, seja esta um novo cargo, setor ou uma nova organização, é denominado socialização organizacional, e deve levar em conta elementos culturais específicos com potencial para influenciar o

ingresso e aclimação no novo contexto, tanto do indivíduo à organização, quanto da organização ao indivíduo (Carvalho, Borges & Vikan, 2012).

A integração inicial do novo funcionário é importante para seu sucesso e permanência, por envolver o contato com outros colaboradores, o desenvolvimento de vínculos afetivos e a adaptação ao funcionamento e tarefas exigidas na organização, devendo tal socialização com os demais colaboradores ser concebida como um processo contínuo e sem prazo definido, para uma contínua identificação de hábitos e valores úteis ao seu desenvolvimento (Araújo et al., 2011). Quando realizada de forma eficaz, a socialização pode gerar identificação organizacional e integração da identidade organizacional à sua identidade individual, por semelhança ou moldagem de valores (Fernandes, Marques & Carrieri, 2009).

Procedimentos metodológicos

Método

Este estudo tem como objetivo analisar percepções acerca do processo de integração à vida psíquica organizacional, com vistas à aprendizagem, sob a perspectiva de um servidor público, a partir do momento em que ele ingressa no órgão, após aprovação em concurso, até sua plena integração à rotina de trabalho e às opções de capacitação disponíveis.

A presente pesquisa caracteriza-se por uma entrevista qualitativa, por abordar questões específicas e não generalizáveis, que dificultariam ou até inviabilizariam o êxito em uma abordagem quantitativa. Godoy (1995) aponta cinco características básicas da pesquisa qualitativa: ambiente natural como fonte direta de dados; pesquisador como instrumento de coleta e análise de dados; foco na descrição por escrito, ao invés de expressões numéricas; compreender significações a partir das perspectivas dos participantes; e utilização da indução na análise, em uma construção gradual conforme os dados são coletados e analisados.

Para alcançar os objetivos propostos e obter percepções referentes às temáticas da integração dos colaboradores à vida psíquica e à influência desta sobre o aprendizado organizacional, optou-se pela utilização de entrevistas como coleta de dados. Segundo Godoi, Silva e Bandeira-de-Mello (2010), a entrevista é um encontro interacional com intercâmbio dialógico, que enriquece a pesquisa através de perguntas e respostas sem um roteiro fixo.

A utilização de entrevistas é uma das quatro fontes básicas de informação qualitativa, ao lado de observações, documentos e material audiovisual, (Creswell, 2014). Há ainda a possibilidade de descobertas não previstas inicialmente, com maior aprofundamento em temas considerados relevantes conforme decorrem as entrevistas.

Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos que constituem essa pesquisa, embora trabalhem no mesmo órgão público, possuem perfis consideravelmente distintos, para atingimento dos objetivos propostos, tanto em termos de formação quanto em relação à trajetória dentro da instituição. É possível visualizar abaixo um breve resumo dos perfis, qualificações e trajetória destes sujeitos, doravante identificados por suas letras atribuídas: ‘A’ e ‘B’.

- A. 38 anos, mulher, 13 anos na instituição, diretora de divisão, graduações em Artes Cênicas e em Psicologia, especializações em Gestão Pública e Gestão Aplicada à Administração das Finanças da Prefeitura Municipal de São Paulo, mestranda em Gestão e Tecnologia em Sistemas Produtivos;
- B. 30 anos, homem, um ano na instituição, auditor fiscal, graduado em Economia.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista baseada com roteiro prévio, o que concedeu flexibilidade para ordenar e formular perguntas e respostas no decorrer da entrevista, conforme procedimento descrito por Godoi et al. (2010). Para analisar as múltiplas percepções em relação às temáticas propostas, o mesmo roteiro básico foi aplicado aos funcionários entrevistados, com quatro perguntas norteadoras, embasadas na literatura para possibilitar a investigação de percepções, experiências e valores dos entrevistados, conforme constante a seguir:

1. De que forma é feita a integração dos novos servidores ao serviço público, a seu ver? (Araújo, et al., 2011, Carvalho et al., 2012, Fernandes et. al. 2009).
2. Como a vida psíquica da instituição, isto é, a autoimagem baseada nas leis e práticas, afeta a vida dos servidores? (Bastos, 2013; Enriquez, 1995; Morgan, 2013; Rohm & Lopes, 2015).
3. O conjunto de valores e procedimentos inerente ao serviço público afeta de que forma o aprendizado organizacional? Por quê? (Arruda et al., 2015; Ferreira & Godoy, 2015; Morgan, 2013).

4. Em sua opinião, há esforços institucionais para a viabilização de um ambiente propício ao aprendizado? (Arruda et al. 2015; Dutra, 2014; Motta et al.2001; Motta & Caldas, 2014).

As entrevistas foram conduzidas por meio de conversa informal, no ambiente de trabalho dos entrevistados, onde os entrevistadores atuaram principalmente como ouvintes e organizadores dos tópicos abordados, para incentivar o entrevistado a expressar suas percepções sem o receio de ser contestação. Tais entrevistas foram realizadas individual e separadamente, na mesma data, em salas diferentes e em seguida, para evitar contaminação por interação entre os entrevistados. Uma entrevista foi gravada com a permissão do entrevistado para posterior transcrição e análise de conteúdo, garantido o sigilo dos dados. Outra entrevista obteve autorização para anotações ao vivo, ao invés de gravação eletrônica.

Análise e discussão dos resultados

Integração de novos funcionários ao serviço público

A entrevistada ‘A’ percebe diferenças entre a integração realizada pelo seu órgão em relação aos demais órgãos na cidade, que pecam na forma como realizam a integração. O entrevistado ‘B’, embora esteja em seu primeiro emprego público, já possuía experiência no setor privado, e também notou diferença na integração que participou com as dos demais órgãos, por meio de conversas com colegas que trabalham em outros órgãos, mencionando ter presenciado uma integração estruturada e organizada, executada de forma pioneira, com poucos casos semelhantes. O servidor ‘B’ relata ter tomado posse pela manhã no cargo e, na tarde do mesmo dia, iniciado sua integração, em um processo que superou suas expectativas.

A integração neste órgão nem sempre funcionou da mesma maneira, e a funcionária ‘A’ relatou que, em sua época – treze anos antes – a integração demorou dois meses após o ingresso por demandas legais, como esperar todos terem iniciado exercício no cargo, não necessariamente imediato pelos prazos máximos para posse e posterior início do exercício. Outro fator apontado pela gestora para atualmente existir um tempo menor de ingresso é a combinação de carreiras específicas para nível superior com uma remuneração competitiva.

No órgão público estudado, a integração ocorre da seguinte maneira: palestras dos diretores para apresentação de suas unidades; entrevistas com os novos funcionários

para verificar capacidades e preferências antes da alocação; visita às unidades nos prédios da instituição, com o acompanhamento de funcionário ‘guia’. Ao avaliar os resultados destas práticas, a funcionária ‘A’ afirmou: “Eu achei que foi bem bacana, porque eles (novos funcionários) conheciam, viam, passaram por entrevistas com diretores de departamento e aí já mais ou menos sabiam onde iriam trabalhar e o que fazer, eu acho que foi interessante”.

Sobre a movimentação de pessoal após o processo de integração, a entrevistada ‘A’ afirma ter sido inferior a dez por cento, citando como razões para tal a inadequação a um ambiente ou necessidade maior de pessoal em determinado local. O entrevistado ‘B’ relata ficou mais impressionado neste processo com a abertura para conhecimento e acesso à visão da instituição, para melhor alocação conforme capacitação e interesses, opção exercida por formulário específico.

Este funcionário em particular permaneceu o primeiro ano em sua área de lotação e depois pediu transferência a outra área ligada à sua capacitação, pois queria atuar de maneira adequada no serviço público. ‘B’ alega não ter se adaptado por uma divergência entre sua visão sobre o funcionamento da área e sua realidade cotidiana, e avaliou positivamente a forma como ocorreu a transferência, mencionando ter recebido respaldo em todo o processo.

Valores e procedimentos do serviço público para a aprendizagem organizacional

A entrevistada ‘A’ percebe que a cultura organizacional dos órgãos públicos prejudica a aprendizagem organizacional, especialmente por atrelar capacitação à promoção na carreira. Assim, o servidor se interessa pela capacitação apenas para obter carga horária e pontuação para progressão na carreira, e não pelo conhecimento propriamente dito. Outro fator mencionado pela diretora é a contratação de cursos por licitação, conforme disposto pela Lei nº 8.666/1993, pois não há garantia que o vencedor esteja apto à prestação do serviço.

Além de cursos contratados via licitação, a entrevistada ‘A’ mencionou ainda como parte do programa de capacitação no órgão, criado em 2005, a utilização dos recursos internos, visto haver profissionais com títulos de mestrado e doutorado no quadro funcional, além do compartilhamento dos conteúdos adquiridos em treinamentos ao fracioná-los em capacitações menores, para disseminação aos servidores que não

puderam estar presentes no curso inicial, estratégia útil para não ser necessário contratar um curso para todos os 1.300 servidores.

O entrevistado 'B' percebe que a cultura interna é bem diferente da percebida externamente. Segundo ele, a percepção externa é a de um servidor público 'vagabundo', que não se confirma internamente, onde há uma cultura positiva. Acrescenta haver uma cultura de transmissão do conhecimento, onde dúvidas ou necessidades são supridas, além de outros pontos favoráveis, como: proximidade geográfica e troca de informações entre áreas, e um forte espírito de coletividade dos servidores, a maioria 'de carreira'. Acredita, também, que a rotatividade de gestão nas equipes de trabalho favorece a troca de informações.

Segundo 'A', o órgão possui um ambiente favorável à aprendizagem desde 2005, quando foi criado o programa de capacitação, que iniciou outras iniciativas: divisão de capacitação em 2006, e escola em 2013. Os servidores afirmam desejar capacitação continuada, mas há pouca aderência aos cursos pelas demandas contínuas do serviço e, apesar de dez anos de iniciativas, ainda não há a cultura da aprendizagem em primeiro lugar. Há maior interesse daqueles em cargo decisório com maior formação, sendo talvez mais fácil mudar a cultura em servidores recém-empossados.

Interferências nas relações e no ambiente de trabalho

Constatou-se, pelo relato da entrevistada 'A', a influência de dois fatores no órgão onde trabalha: o excesso de qualificação e a rotatividade. Devido à combinação de salário e escolaridade exigida, os cargos, especialmente os de nível superior, apresentam alta competitividade no ingresso e alta rotatividade na permanência, pois os aprovados nestes cargos continuam a se preparar para novos concursos e rapidamente deixam a instituição, sem criar raízes no órgão. A entrevistada 'A' afirma que, dos servidores aprovados no último concurso, realizado em 2014, mais da metade já deixaram o órgão, levando a bagagem profissional e eventuais qualificações adquiridas durante a estadia na instituição estudada.

Outra dificuldade mencionada por 'A' é que existem pessoas que trabalham no órgão há dez anos, conhecem muito o trabalho, são concursadas como nível médio, mas executam atividades de nível superior, não ganham para tal e não conseguem aprovação no concurso de nível superior. Acredita que estas pessoas, se passassem, permaneceriam no órgão estudado.

O entrevistado 'B' percebe que há proximidade entre os auditores, mas a lei cria aspectos de impessoalidade. Compara a relação existente na empresa privada com a pública e relata: "Na empresa privada, conforme a liderança, cada chefia direciona os procedimentos de forma pessoal, enquanto no órgão público há a legislação e a obrigação de cumpri-la". O servidor considera o órgão onde atua como muito bom em comparação a outros órgãos públicos, pela cultura criada e pelo relacionamento com outros profissionais qualificados, com reconhecimento do esforço empreendido, na forma de estudos, para ingressar.

Considerações finais

A vida psíquica tem se demonstrado relevante pela ênfase nos indivíduos, responsáveis por construir a cultura organizacional e manter as organizações competitivas em suas áreas, como no caso apresentado neste trabalho, em um órgão público. O uso da aprendizagem organizacional se deu por razões semelhantes, considerado o contexto de complexidade e competitividade crescentes, que demanda aperfeiçoamento contínuo dos profissionais. No órgão estudado, notam-se tais demandas pelo interesse na integração, socialização e aprendizagem dos servidores ingressantes no último concurso, de 2014.

A integração com palestras, entrevistas e visitas, além de apresentar o órgão em sua generalidade aos novos servidores, permite uma alocação otimizada dos mesmos, considerando a vida psíquica da organização, de seus indivíduos e o desenvolvimento destes. Embora exista margem para melhorias, o entrevistado 'B' avaliou positivamente todo o processo, conforme menciona: "Integração positiva e pioneira, que pouco se ouve falar a respeito deste tipo de processo de integração. Da forma como ocorreu aqui, é inovador".

A integração socializada com vistas à aprendizagem continuada tem como diferencial a compreensão, semelhante ao visto em Ferreira e Godoy (2015), e gerou nos novos servidores conscientização e comprometimento, conforme se verifica em 'B': "Eu pedi para ser transferido, e houve respaldo. Eu queria atuar de maneira adequada no serviço público". Institucionalmente o órgão tem gerado iniciativas para multiplicar os conhecimentos trazidos, mas esbarra em questões cotidianas e no controle do aprendizado por parte dos gestores.

Quanto à rotatividade no órgão público analisado, em razão de 'concurseiros' que circulam no serviço público em busca de melhores oportunidades, tanto pode ser

aprimorada a forma de seleção dos funcionários, com a realização de concursos internos, quanto pode ser trabalhada a retenção e socialização dos conhecimentos obtidos e da bagagem profissional de seus quadros funcionais, para aproveitar tanto aqueles de longo histórico na instituição quanto os com trajetórias mais curtas. Por fim, percebe-se que, apesar de a instituição estudada fazer parte do serviço público, existe um forte investimento na vida psíquica e na aprendizagem organizacional deste órgão.

Notas

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (1986), Especialista em Grupos pela Sociedade Brasileira de Dinâmica dos Grupos (2007), MBA em Psicodrama pelo Instituto Sedes Sapientiae (2010), MBA em Psicodrama Didata pela Potenciar Consultoria e Desenvolvimento de Sistemas de Trabalho (2013), mestranda em Administração pela Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: luiza.correia@tcm.sp.gov.br

² Tecnólogo em Informática para a Gestão de Negócios pela Fatec São Bernardo (2010), Especialista em Gestão Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (2013), mestrando em Administração pela Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: frmiyazaki@gmail.com

Este trabalho contou com apoio financeiro da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio das bolsas de estudos previamente concedidas aos autores deste trabalho.

Referências

- Araújo, R. N. O.; Carioca, J. M. G.; Machado, D. Q. (2011). Estratégia de Integração para Novos Funcionários: uma avaliação do processo de treinamento em uma indústria de transformação. In *VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão* (18 p.). Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de https://web.archive.org/web/20131126061015/http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0452_1787.pdf.
- Arruda, S. C., Lima, T. C. B., Cabral, A. A. A., Ferraz, S. F. S., & Pinto, F. R. (2015). Cultura de Aprendizagem e Desempenho Organizacional em OSCIPS. *Revista*

- PRETEXTO*, 16(2), 98-116. Recuperado de <http://www.fumec.br/revistas/pretexto/article/view/2467>.
- Bastos, A. V. B. (2013). Cognição e Ação nas Organizações. In E. Davel, & S. C. Vergara (orgs.), *Gestão com pessoas e subjetividade*. (6a ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Campos, D. (2014). *A campanha operário padrão: como tornar-se um modelo de trabalhador (1970-1985)* (Tese de doutorado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Camus, A. (2014). *A desmedida na medida*. (Cadernos). (R. Araújo & S. Geske, trads.). São Paulo, SP: Hedra.
- Carvalho, V. D.; Borges, L. O.; & Vikan, A. (2012). Socialização organizacional: estudo comparativo entre servidores públicos brasileiros e noruegueses. *REAd Revista Eletrônica de Administração*, 18(2), 339-371. doi: 10.1590/S1413-23112012000200003.
- Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1993). Culture and Organizational Learning. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 373-390. doi: 10.1177/105649269324010.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. (S. M. Rosa. trad., D. Silva, rev.). Porto Alegre, RS: Penso.
- Dos-Santos, M. G.; Brito-de-Jesus, K. C.; Souza-Silva, J. C., & Rivera-Castro, M. A. (2015). Aprendizagem Organizacional e suas Modalidades: Desenvolvendo a Habilidade Interpessoal nos Programas Trainees. *Revista de Administração FACES Journal*, 14(3), 94-113. Recuperado de <http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/2308>.
- Dutra, J. S. (2014). Autonomia para o Desenvolvimento Profissional: utopia ou realidade no contexto brasileiro. In F. C. P. Motta, & M. P. Caldas (orgs.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. (12. reimpr.). São Paulo, SP: Atlas.
- Enriquez, E. (1995). Vida Psíquica e Organização. *Organizações & Sociedade*, 3(4), 75-93. Recuperado de <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10274>.
- Fernandes, M. E. R.; Marques, A. L., & Carrieri, A. P. (2009, dezembro). Identidade organizacional e os componentes do processo de identificação: uma proposta de integração. *Cadernos EBAPE.BR*, 7(4), 688-703. doi: 10.1590/S1679-39512009000400011.

- Ferreira, J. F., & Godoy, A. S. (2015, abril). Processos de aprendizagem: um estudo em três restaurantes de um clube étnico alemão de negócios, gastronomia e cultura. *Revista de Administração Mackenzie*, 16(2), 15-44. doi: 10.1590/1678-69712015/administracao.v16n2p15-44.
- Godoi, C. K.; Silva, A. B., & Bandeira-de-Mello, R. (Orgs.). (2010). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. (2a ed.). São Paulo, SP: Saraiva.
- Godoy, A. S. (1995, abril). Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57-63. Recuperado de <http://rae.fgv.br/rae/vol35-num2-1995/introducao-pesquisa-qualitativa-suas-possibilidades>.
- Morgan, G. (2013). *Imagens da Organização: edição executiva*. (2a ed.). (9a reimpr.). São Paulo, SP: Atlas.
- Motta, F. C. P.; Alcadipani, R., & Bresler, R. (2001). A Valorização do Estrangeiro como Segregação nas Organizações. *Revista de Administração Contemporânea*, (ed. esp.), 59-79. doi: 10.1590/S1415-65552001000500004.
- Motta, F. C. P., & Caldas, M. P. (2014). Introdução: cultura organizacional e cultura brasileira. In _____. (orgs.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. (12a reimpr.). São Paulo, SP: Atlas.
- Ribeiro, D. (1995). *O Povo Brasileiro : A formação e o sentido do Brasil*. (2a ed.). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Rohm, R. H. D., & Lopes, N. F. (2015, junho). O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. *Cadernos EBAPE.BR*, 13(2), 332-345. doi: 10.1590/1679-395117179.

Introdução ao Algoritmo David Liberman (ADL) de David Maldavsky

Susana Sneiderman

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES y Universidad del Salvador

Marlene Banhos

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Resumo: O Algoritmo David Liberman (ADL) é um método de interpretação psicanalítica da linguagem que, mediante a análise dos diferentes discursos, possibilita ascender o trabalho do pré-consciente e detectar no sujeito tanto o tipo de erogeneidades subjacente como as defesas que estão em jogo, com a finalidade de aproximar-se de uma hipótese sobre a classe da estrutura predominante. O Algoritmo David Liberman (ADL) estuda três níveis de expressão: as palavras, os atos de fala e os relatos. Tenciona-se notificar este método que segue o modelo freudiano e que propõe, também, um modelo teórico-clínico criado pelo Dr. David Maldavsky. O método permite ampliar as categorias diagnósticas, já que inclui quadros psicopatológicos atuais como psicossomáticos, adicções, tendência a acidente e patologias do desvalimento. **Objetivo:** Objetiva-se realizar uma nova contribuição à interpretação das técnicas projetivas, apresentando o método de análise da linguagem denominado “Algoritmo David Liberman” (ADL) do Dr. David Maldavsky (2012). Com este método, é possível enlaçar as categorias teóricas freudianas com o discurso emergente pelo meio, por exemplo, de técnicas projetivas verbais e temáticas como o Questionário Desiderativo, o T. R.O, o T. A.T, o C. A.T dentre outras. **Método:** método hipotético dedutivo. **Resultado:** Este método vem sendo utilizado para análise das expressões verbais, das paraverbais e do grafismo inclusive. Da mesma forma, mostrou ser um valioso instrumento para a atualização das técnicas verbais, dentro das quais se destaca um trabalho exaustivo com o Questionário Desiderativo (QD), TRO, Rorschach, Pessoa Debaixo da Chuva. Este método é sensível para detectar fixações, defesas e expor hipóteses preditivas. **Conclusão:** Tendo em vista que este método não é muito conhecido no Brasil, espera-se que seja uma contribuição para ampliar critérios diferenciais e diagnósticos das distintas estruturas psicopatológicas.

Palavras chave: *Técnicas projetivas; fixações; defesas; Algoritmo David Liberman.*

Introdução

O Algoritmo David Liberman (ADL) é uma ferramenta para a investigação psicanalítica da linguagem, criada pelo Dr. David Maldavsky, que permite detectar defesas e seus estados, fixações ou desejos através de instrumentos de aplicação prática na clínica para diagnóstico e outras áreas como a psicologia jurídica, política, jornalismo, etc. Com este método, é possível enlaçar as categorias teóricas freudianas com o discurso emergente pelo meio, por exemplo, de técnicas projetivas verbais e temáticas como o Questionário Desiderativo, o T. R.O, o T. A.T, o C. A.T, dentre outras.

Sua denominação “algoritmo” alude a uma proposta global de método, ou seja, uma série de passos que descrevem o processo que se deve seguir para a solução de um problema específico. Geralmente se considera que um algoritmo oferece uma lista bem definida, ordenada e delimitada de operações. A partir de um estado inicial por meio de passos sucessivos e bem definido se chega a um estado final, obtendo uma solução. O algoritmo permite mostrar a maneira de levar a cabo processos e resolver problemas de origem não somente matemáticos como também de outros tipos. O Algoritmo David

Libermam (ADL) se trata ao ponto de vista metodológico de um instrumento hipotético dedutivo, já que parte de teorias preexistentes; é dedutivo quando se parte de hipóteses teóricas mais abstratas, e a partir delas se criam as mediações ou hipóteses intermediárias até as observadas.

Maldavsky propõe em continuação com a proposta de Liberman, seu mestre, a partir da teoria psicanalítica freudiana da sexualidade como base, um método de análise de linguagem que se faz possível um nexo entre as hipóteses teóricas e as manifestações discursivas que ocorre durante a sessão analítica. Influenciaram em seu método os desenvolvimentos em linguística (Greimas, 1996, Adam), sociologia (Flick, 1998, Bauer, 2000) e psicologia cognitiva (Conway, 1990, Linton, 1982, White, 1982, Brunner, 1990).

A investigação sistemática da linguagem realizada por David Maldavsky tem como ponto de partida a teoria freudiana da erogeneidade. O autor situa sua reflexão no marco da tentativa de sistematizar a teoria freudiana das formações substitutivas no pré-consciente (sintomas ou equivalentes, atos falhos, lapsos). Afirma que estas formações recebem uma coloração diferencial segundo a erogeneidade que está em jogo. Propõe um inventário freudiano destas erogeneidades e assegura que estas podem ser detectadas no discurso. As erogeneidades são: fálico genital, fálico uretral, anal secundária, anal primária, oral secundária, oral primária e por último a mais regressiva proposta pelo autor denominada “libido intrassomática”.

Os estilos comunicacionais de Liberman

David Liberman falava de estilos comunicacionais e dizia que todos nós somos um feixe de estilos e em cada sujeito prevalece um estilo e há outro estilo secundário. Liberman menciona além da teoria freudiana, elementos da teoria kleiniana e de comunicação. Maldavsky propõe outra denominação em lugar de estilos, talvez de maneira mais expressiva, como a linguagem do erotismo, semelhantes a alguns termos de Freud (A predisposição da Neurose Obsessiva, 1913 e A Negação, 1925).

Descreveremos o traço de caráter relacionado a cada estilo, a defesa predominante, e o contra estilo do analista. Liberman elaborou o conceito de contra estilo referindo-se ao estilo comunicacional que ao ser utilizado pelo terapeuta introduziria ao paciente aquilo que lhe falta em sua estrutura pré-consciente. Refere-se não somente ao dizer – em forma e conteúdo – senão também a como se organiza seu

universo sensível. É prestar-lhe outro olhar e outra forma de captação. Existiria, pois um contra estilo para cada estilo comunicacional.

Liberman sustentava que quando o analista sintonizava empaticamente com o paciente e também compreendia seus processos psíquicos, isto se faz evidente sob a forma de interpretação que complementavam o estilo do paciente. Desta maneira propôs qual seria o estilo ótimo ou complementar para cada tipo de discurso. Cada estilo emissor pode ser detectado pela articulação de três tipos de códigos: verbal, paraverbal (por exemplo, fonológico) e o não verbal (gestos e outro tipo de expressões corporais); cada estilo comunicacional daria conta de uma erogeneidade e uma defesa predominante como também a estrutura clínica subjacente.

A seguir, Tabela 1 – Grade dos estilos comunicacionais de Liberman

Tabela 1. Grade dos estilos comunicacionais de Liberman

Organização Genital da libido	Quadro Psicopatológico	Traço de carácter	Defesas predominantes	Estilo Comunicacional	Contra-estilo
Oral 1ª (passiva)	Esquizoidia	Observador não Participante	Desmentida Dissociação Intellectualização	Reflexivo	Dramático FG
Oral 2ª (sádica)	Melancolia Depressão Ciclotimia	Depressivo Ciclotímico	Desmentida	Lírico	Narra-tivo A2
Anal 1ª (sádica)	Estruturas impulsivas Psicopatía Perversões	Pessoas de ação Tendencia ao acting – out	Desmentida Dissociação Racionalização	Épico	Narra tivo A2

Anal 2ª (retentiva)	Neurose obsessiva	Pessoa lógica	Repressão Anulação Isolamento Formação Reativa Racionalização	Narrativo	Épico A1
Fálico - Uretral	Fobias	Evitativos Temerosos Fugaz Inibidos	Represión Projeção Deslocamento Evitação	De Suspenso	Reflexivo-vo O1
Fálico - Genital	Histeria	Demonstrativo	Repressão Conversão	Poético Dramático	ReflexivoO1

Um novo estilo comunicacional: Linguagem da libido intrassomática

O conceito de libido intrassomático introduzido por David Maldasky se refere a um momento muito primitivo do desenvolvimento psicosexual, um estado pré-oral ligado à vida intrauterina e aos primeiros momentos do nascimento. Freud (em 1926, “Inibição, Sintoma e Angústia”) descreve que, imediatamente depois do nascimento, a investidura erógena recai sobre os órgãos internos, sobretudo no coração e nos pulmões. Podemos inclusive pensar a importância da pele como órgão conectivo e de sustento e o valor de sua investidura por parte de um contexto.

Embora Liberman não tenha mencionado um estilo comunicacional próprio das patologias psicossomáticas, se referiu as mesmas como típicas de um tipo de paciente de personalidade infantil cuja característica principal é uma falha na simbolização acompanhada de uma expressão a nível somático. Pontuava que teria uma dissociação entre um rígido comportamento realista e a expressão por meio de sintomas postos no corpo. Liberman caracterizava o discurso deste tipo de pessoas, como um estilo onde se predomina a descarga libidinal com uma fachada de sobreadaptação onde o sujeito tenta adequar-se a uma realidade exigente e inclui a falta de matiz afetivo como sua característica patognomônica. Além disso, refere que estes tipos de sujeitos são muitos concretos por carecer de uma boa capacidade simbólica, o que os torna pouco criativos e hiperrealistas.

David Maldavsky estudou este tipo de linguagem e agregou posteriormente outro protótipo de estilo discursivo ou comunicacional que caracteriza as chamadas patologias do desvalimento que corresponde a uma fixação da libido intrassomática.

Maldavsky descreve três tipos de discurso característicos destas organizações:

- Discurso catártico: onde teria uma tendência a utilizar a palavra como um meio de descarregar as tensões. Alude também a um pensamento que carece de trabalho e valor simbólico.
- Inconsistente: Aparece no sujeito à capacidade de adequar-se ao que supõe que são as necessidades do interlocutor e para isto cai em adulações e banalidades dando assim características de inconsistência a seu discurso e de pouca representatividade.
- Especulador: o sujeito faz caçulos de cifras, porcentagens, ou frequências e ritmos geralmente alheios. Ênfase no vínculo estaria posto nos caçulos dos interesses em jogo mais que um intercambio identificatório. Por sua vez a realidade é vivida como um conjunto de frequências que se apresentam de maneira rítmica ou como uma realidade disruptiva em forma de golpe. Às vezes descrevem sensação de vertigem ou desmaio.

Tabela 2. Grade da Libido Intrassomática

Ponto de fixação	Quadro Psicopatológico	Traços de carácter	Defesas predominantes	Defesas Secundárias	Estilo Comunicacional	Contraestilo
Libido intrassomática	Patologias tóxicas e do desvalimento, traumáticas, quadros psicossomáticos, adicciones, tendencia ao accidente, etc.	Vulnerabilidade somática, tendencia ao esvaziamento pulsional	Desestimulação do afeto	Desmentida Intelectualização Introjeção orgânica Incorporação Identificação adesiva Procedimentos autocalmantes	Desafetivização do Catártico Inconsistente e Banal Especulativo Concreto Hiperrealista	Lírico Oralidade 2

Quanto às defesas, cabe aclarar que existem defesas fundantes ou estruturantes e defesas complementares. A defesa estaria determinada pela posição do ego com relação

a realidade, com a pulsão e com o superego. Segundo a instância psíquica com a qual o ego tenha conflito será a defesa que se implementa de forma dominante. Assim se o conflito é com a pulsão (Id) a defesa que predomina é a repressão. Se o conflito é com a realidade externa, o ego pode desenvolver um tipo de defesa mais arcaica como a desmentida, ou a desestimação. As defesas fundantes são:

- 1) A repressão (neurose de transferência, histeria, fobia, obsessão).
- 2) A desmentida (predominante nas estruturas narcisistas não psicóticas: Esquizoidia, depressão, Psicopatia, caracteropatias impulsivas).
- 3) A desestimação da realidade e da instância paterna (esquizofrenia e paranóia).
- 4) A desestimação do afeto (em patologias do desvalimento, tóxicas e traumáticas).

Também tem-se defesas secundárias ou complementares como a negação, anulação, isolamento, racionalização, intelectualização, etc., que podem ser observadas em todos os quadros e estruturas.

Uma breve referência aos instrumentos do Algoritmo David Liberman (ADL)

O método permite estudar a erogeneidade a partir de três níveis de linguagem: palavra, frase e relato. Apresentam para isto diferentes instrumentos empregados para investigar cada um dos três níveis:

- 1) Palavras: as redes de palavras implicam o estudo de uma trama delas, fundamentalmente verbos, substantivos, adjetivos, advérbios e preposições. Tal entrelaçamento tem permitido desenvolver um Dicionário sistematizado em um programa computacional. As palavras são agrupadas tomando em conta o valor semântico, ou seja sua significação desde à perspectiva erógena, de maneira a formar uma rede em conjuntos articulados a fim de delimitar sua significação. Este programa permite também realizar uma interpretação de acordo com um critério estadístico.
- 2) Frases: quanto às estruturas-frases ou atos de fala, se conta com um inventário empírico para o qual se tem duas grades para análise das frases, uma para os componentes verbais e outra para os para-verbais. Aqui se pode realizar uma interpretação de acordo a um critério estadístico ou um critério lógico. Os atos de fala se refere a forma como os sujeitos se expressam frente a um interlocutor, isto é, como conta algo, como enuncia, que recursos retóricos exhibe, por exemplo, se queixa, se exagera, se dá uma ordem, se apela, se ofende, se insulta, etc

- 3) Relatos: em relação às sequências narrativas ou relatos se desenvolvem em uma sequência de cenas prototípicas e que se apresenta também em forma de grades. O relato refere ao conteúdo daquilo que se conta, ou seja, aos temas. A estrutura está composta por cinco cenas canônicas, universais, que tem características específicas para cada erogeneidade. No discurso pode aparecer uma estrutura completa ou somente algumas de suas cenas.

O Algoritmo David Liberman (ADL) é um método para o estudo da linguagem que detecta as fixações pulsionais e que torna possível investigar as características de certas estruturas psicopatológicas. Em cada estrutura (ou em cada grupo delas) prevalece uma fixação pulsional específica acompanhado de um tipo de defesa e de linguagem do erotismo.

Maldavsky tem tomado em conta principalmente as hipóteses de Freud referidas a organização do pré-consciente, e em especial tem prestado atenção as fantasias primordiais e sua simbolização nas estruturas clínicas já que estas são universais e toma uma coloração diferente em cada erogeneidade, isto é, tem buscado o comum a todo o sujeito e diferencial para cada linguagem da pulsão.

As fantasias primordiais ou fantasmas originários são inerentes a todo ser humano e são transmitidos filogeneticamente. Considera-os como organizadores do psiquismo. Estas são a vida intrauterina, a cena primária, a fantasia de sedução e a fantasia de castração. Suas características em comum é que todos fazem referência a origem. Na cena primária estaria representada a origem do sujeito, na fantasia de sedução o surgimento da sexualidade enquanto na castração se simboliza a origem da diferença dos sexos. As fantasias originárias adquirem uma coloração específica, diferencial, ao combinar com uma ou outra destas erogeneidades. As fantasias universais, por sua vez, podem facilitar o modelo para fragmentar um relato em cenas prototípicas; a fantasia universal, por exemplo, da vida intrauterina pode corresponder a um estado inicial de equilíbrio em um relato, enquanto que a fantasia de sedução pode corresponder a uma cena na qual desperta o desejo. A proposta maldavskyana propõe distinguir no relato cinco cenas. Nos fatos podemos encontrar supressão, isto é, somente uma parte da sequência, por exemplo o estado final, ou da cena na qual o desejo desperta, como também redundâncias, permutação, condensação. Esta estrutura formal adquire qualificação específicas para cada linguagem do erotismo, o qual implica reconhecer os

actantes²¹ (classes de personagens), os afetos, as ações, o ideal, a representação-grupo, a concepção temporal-espacial, tem um alto grau de especificidade.

Para finalizar faremos referência a outros instrumentos do Algoritmo David Liberman (ADL) que se encontram em desenvolvimento e pesquisa.

- ADL - CP : grade para componentes de atos para-verbais (tom, timbre, ritmo);
- ADL - M : grade para a análise dos componentes motrizes (jogo);
- ADL - SV (signos visuais): grade para a análise de desenhos composta por dois instrumentos distintos: um que estuda o componente icônico e outro o componente plástico;
- ADL- Questionário: auto administrativo, orienta traços de personalidades.
- Tabela para análise de frequências para atos da fala (percentis);
- Tabela para análise de frequências para relatos (percentis).

Dispõem de distribuições de frequências (percentis) dos três níveis da linguagem verbal para a clínica e algumas distribuições de frequências (percentis) para outras áreas como as análises de discursos presidenciais e dos discursos papais, no nível das palavras.

Em continuação, apresentamos a Tabela 3, Grade de Erogeneidades e Atos de fala e a Tabela 4 Grade de Erogeneidades e Relatos.

Tabela 3. Grade de Erogeneidades e atos da fala

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Estado de coisas	Dedução abstrata	Lamentos	Ofensa, blasfêmia ou súplica	Provérbios, sentenças e máximas	Refrão	Elogio
Referências a estados e processos corporais	Pensamento místico ou metafísico	Censuras e autocensuras	Maldição	Invocações ritualizadas e religiosas	Premonições	Felicitações

²¹ Actantes são os seres ou as coisas que, a título qualquer e de um modo qualquer, ainda a título de meros figurantes e de maneira mais passiva possível, participam do processo. (Tesièrre apud Greimas; Courtés, 2008, p. 20).

Banali- dade	Paradoxo lógico	Condolências e pêsames	Detração ou difamação	Citação	Conselhos	Celebração
Onomato- péias de sons de objetos Inanima- dos	Metalingua- gem	Pedidos de desculpas e perdão	Ameaças	Referência a um saber consensu- al	Advertências	Dedicató- ria
Adulação	Ambiguidade e falta de definição	Rogo e imploração	Incitação	Imperativos condicionais	Perguntas ou afirmações Referidas a orientação Temporal- espacial	Agradeci- mento
Forçar o discurso do outro para que lhe diga algo	Oração em códigos	Exigência	Engano triumfalístico	Contratos	Expressões de desorientação	Promessa
Contas	Negação que cria uma contradição lógica ante a afirmação do alheio	Demanda de amor, Reconhecimento e aprovação	Exibição de poder	Ordens e indicações conforme a lei	Recuperação ou manutenção da orientação	Juramento privado
Catarse	Referências a estados corporais perturbados	Manipulação afetiva	Render-se ou declarar-se por vencido	Juramento público e imposição de obrigações	Interrupções do discurso alheio ou o próprio	Brinde
Ecolalia ou perseveração		Sentimento da inutilidade própria ou alheia	Interrupção intrusiva	Críticas valorativas de acordo com a moral, a limpeza, a cultura e a ordem	Acompanhamento do discurso alheio.	Convocatória ao ouvinte

		Submissão apaziguadora	Deturpação	Justificativa de ações, palavras e idéias	Cumprimentos e outras formas de contato	Convite
		Compreensão empática	Provocações	Dedução, conjectura ou inferência concreta	Aproximação e distanciamento cauteloso	Manifestar um desejo
		Exaltação do sacrifício	Ordens abusivas de fazer algo contrário a lei ou aos preceitos morais	Generalização concreta	Aproximação excessiva	Exagero e ênfase
		Referência a estados afetivos	Denúncias e acusações	Antecipação de fatos concretos . Podem ser próprios ou alheios	Expressão de desconfiança	Dramatização
		Referência ao estado climático, ao passar do tempo ou aos objetos	Delações	Enlace causal	Marcadores Conversacionais “Não é?” “Sabe né?” “Entende?”	Exemplos
		Referências a estar realizando uma ação ou passando por um estado	Confissão de ações contrárias à lei ou aos preceitos morais	Classificação	Apócopes	Onomatopéias de sons de objetos animados

			Justificação de transgressão à lei	Definição	Expressão em suspenso	Interjeição
				Controle da lembrança, do pensamento e/ou da atenção próprios ou alheios	Minimiza-dores	Redundância sintática
				Informação de fatos concretos	Mexericos e rumores	Jogos de palavras e piadas
				Descrição de situações concretas	Evitação	Complemento da expressão alheia
				Perguntas e outras formas de solicitar informação	Expressão de potência - impotência	Comparação entre qualidades
				Perguntas tendentes a estabelecer as causas	Desafio competitivo	Comparação metafórica
				Contraste entre as crenças e os fatos	Referências às ações rotineiras	Relação causal em que o fator determinante é a intensidade de uma qualidade

				Pedido de permissão	Referências a casualidade ou a sorte	Equação entre as quantidades das qualidades
				Consultas	Pedido de Ajuda	Expressão de estranheza ou incredulidade
				Argumento distributivo		Pergunta ou afirmações referidas à forma
				Ordenamento		Referência a estados corporais desagradáveis
				Apresentação de alternativas		Referência a uma realidade desagradável
				Aclaração		Devaneio Embelezador
				Retificação sintática		Exclamação
				Abreviações e siglas		Exibição

Tabela 4. Grade de Erogeneidades e relatos

Desejo ou cenário	Fálico genital	Fálico uretral	Sádico anal secundário	Sádico anal primário	Sádico oral secundário	Oral primário	Libido Intrassomática
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------	------------------------------

Estado inicial	Harmonia estética	Rotina	Ordem hierárquica	Equilíbrio jurídico Natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilíbrio de tensões
Primeira Transformação: despertar do desejo	Desejo de Completude estética	Desejo Ambicioso	Desejo de dominar um objeto no marco de um juramento público.	Desejo justiceiro	Tentação Expição	Desejo Cognitivo abstrato	Desejo especulatório
Segunda Transformação: tentativa de consumir o desejo	Recepção de uma dádiva	Encontro com uma marca paterna no objeto	Discernimento que o objeto é fiel a sujeitos corruptos.	Vingança	Pecado Reparação	Acesso a uma verdade	Ganância de gozo pela intrusão orgânica
Terceira Transformação: Consequências da tentativa de consumir o desejo	Gravidez Desorganização estética	Desafio aventureiro Desafio rotineiro	Reconhecimento por sua virtude. Condenação social e Expulsão moral	Consagração e reconhecimento da liderança. Impotência motriz, Confinamento e humilhação	Expulsão do paraíso. Perdão e reconhecimento amoroso.	Reconhecimento da genialidade. Perda de lucidez para o gozo cognitivo alheio.	Euforia orgânica Astenia
Estado final	Harmonia compartilhada Sentimento duradouro de asquerosidade	Aventura Rotina Pessimista	Paz moral Tormento moral	Evocação do passado heróico. Retorno a paz natural. Sentimento duradouro	Vale de lágrimas. Recuperação do paraíso.	Gozo na revelação Perda da essência	Equilíbrio de tensões sem perda de energia. Tensão ou astenia duradoura

Referências

- Liberman D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Liberman, D. y Maldavsky, D. (1975). *Psicoanálisis y semiótica*. Buenos Aires: Paidós.
- Liberman D. (1976). *Lenguaje y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Kargieman.
- Liberman, D. (1980). *A comunicação em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.

- Liberman, D. y Maldavsky, D. (1975). *Psicoanálisis y Semiótica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Maldavsky, D. (1981). *Semiótica y psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D. (1986). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D. (1992a). *Estruturas Narcisistas: Constituição e transformações*. Rio de Janeiro: Imago.
- Maldavsky, D. (1992b). *Teoría y Clínica de los procesos tóxicos: adiciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes Abulicos: procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre Las Ciências de la Subjetividad - exploraciones y conjeturas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1998). *Lenguajes del erotismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1999). *Lenguajes del erotismo: investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1999). *Lenguaje, pulsiones, defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2000). *Lenguaje, pulsiones, defensas: redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D et al. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D., Bodni, O., Cusien, I. Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab, E., Truscillo de Manson, M. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y métodos: secuencias narrativas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D (2003). La estructura-frase y la metodología de la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica. Sobre el valor de los componentes paraverbales. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivo*, 3.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica: investigación sistemática con el algoritmo David Liberman – ADL*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Maldavsky, D. (2013). *ADL - Algoritmo David Liberman: un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.
- Sneiderman, S. (2012). *El Cuestionario Desiderativo. Aportes para la actualización de su interpretación*. Buenos Aires, Paidós.

Introjeção das figuras parentais nos transtornos alimentares: Relação entre sintomas e funcionamento da personalidade

Élide Dezoti Valdanha-Ornelas¹

Valéria Barbieri¹;

Sabrine Chetioui²;

Claire Squires²;

Erika Arantes de Oliveira-Cardoso¹

Manoel Antônio dos Santos¹

Resumo: Os transtornos alimentares (TAs) são psicopatologias de etiologia multifatorial, dentre os quais se destacam anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). São reconhecidos como fatores desencadeadores e mantenedores dos TAs o meio sociocultural, características de personalidade e relações familiares. Ainda é escasso o conhecimento sobre a interação dos aspectos da personalidade e a dinâmica familiar em pessoas com sintomas alimentares em diferentes culturas. Este estudo de caso teve como objetivo investigar o modo como jovens pacientes com TAs de diferentes contextos culturais introjetaram as figuras parentais e explorar as possíveis relações com a ocorrência do transtorno. Participaram uma jovem brasileira com diagnóstico de AN e uma jovem francesa com BN. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e o Procedimento de Desenho de Família com Estórias (DF-E). Os dados foram analisados de acordo com o referencial teórico psicanalítico. Os resultados mostraram que, na representação psíquica que as participantes elaboram acerca de seus pais e das relações familiares, a mãe emerge como uma figura forte e intrusiva, enquanto que a figura paterna aparece apagada e fragilizada, incapaz de exercer sua função interditora sobre a díade. As duas jovens, apesar dos quadros clínicos “contraditórios” (restrição *versus* compulsão alimentar), utilizam inconscientemente o corpo como via de escape de seu sofrimento e como tentativa de conseguir o cuidado parental. A produção de ambas as participantes no DF-E evidencia o sentimento de solidão e as vivências de invisibilidade que experienciam dentro do núcleo familiar. As histórias produzidas destacam pessoas tristes e relacionamentos familiares conflituosos, com pouca possibilidade de serem elaborados. Espera-se que os achados possam fornecer subsídios para que os profissionais que cuidam de pessoas com TAs desenvolvam estratégias que sejam culturalmente sensíveis e que possam auxiliar pacientes e famílias a desenvolverem seus recursos potenciais para lidarem com conflitos de forma amadurecida.

Palavras-chave: *Transtornos alimentares; técnicas projetivas; estudo transcultural.*

Introdução

Entre os principais transtornos alimentares (TAs) da contemporaneidade destacam-se a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª revisão (DSM-5) (*American Psychiatric Association*, 2013), a AN é caracterizada por restrição da ingestão alimentar e acentuada distorção da imagem corporal. Já os critérios diagnósticos da BN abrangem comportamentos periódicos de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios, tais como autoindução de vômitos, uso abusivo de laxantes e diuréticos, jejuns e prática de atividades físicas em excesso. Os dois quadros

1. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

2. *UFR d'Études Psychanalytiques, Université Paris-Diderot* (Paris 7).

Apoio: FAPESP (Processo nº 2014/18615-4)

têm em comum o medo intenso de ganhar peso (mesmo em situação de desnutrição, como no caso da AN) e a preocupação excessiva com alimentação e aspectos corporais.

A etiologia dos TAs é considerada pela literatura científica (nacional e internacional) como multifatorial. Atuam como fatores disparadores e mantenedores dos quadros: (1) o meio sociocultural, em que há grande pressão por um corpo magro e esguio, livre de gorduras; (2) as relações familiares, consideradas disfuncionais, com problemas de vinculação, perda de papéis e funções, e muitos conflitos; (3) as características de personalidade, como a fragilidade e imaturidade egóica e insegurança no contato com o mundo externo (Oliveira & Santos, 2006).

A teoria psicanalítica sugere que o sintoma alimentar pode incidir como uma solução de compromisso, na qual há um confronto com os padrões vinculares disfuncionais dessas famílias. As mães são internalizadas como figuras intrusivas e os pais são percebidos como frágeis e ausentes no cenário familiar. Essas famílias ainda evidenciam dificuldades para proporcionar suporte à criança em seu processo de separação-indivuação que se acentua na transição para a adolescência. Os laços de dependência afetiva entre mãe e filha são intensos, o que não encorajaria as tentativas de emancipação necessárias para a constituição da autonomia genuína (Lane, 2002).

Considerando os pressupostos explicitados anteriormente, este estudo teve como objetivo investigar o modo como jovens pacientes com TAs de diferentes contextos culturais introjetaram as figuras parentais e explorar as possíveis relações com a ocorrência de graves transtornos do comportamento alimentar.

Método

O princípio metodológico que fundamentou a elaboração deste estudo foi o estudo de caso. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso pode ser utilizado para descrever uma intervenção e o contexto da vida real em que os fatos ocorrem. No presente estudo serão apresentados dois casos, referentes a duas jovens diagnosticadas com TAs. Esses casos foram extraídos de uma casuística arregimentada em dois ambulatórios especializados no tratamento dos TAs, do Brasil e da França.

Todos os nomes próprios utilizados neste estudo são fictícios, com o propósito de preservar a identidade das participantes. Estas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formalizando o aceite em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e o Procedimento de Desenho de Família com Estórias (DF-E) (Trinca, 2013). Esse

material foi submetido à Análise de Conteúdo na modalidade temática (Bogdan & Biklen, 1994) e foram analisados de acordo com o referencial teórico psicanalítico.

Participantes

Agda, a jovem brasileira, tem 25 anos e diagnóstico de AN. Belle, a jovem francesa, tem 13 anos e diagnóstico de BN. Ambas residem com seus pais e irmãos.

Resultados e Discussão

Para o presente estudo serão apresentadas as seguintes categorias levantadas na análise de dados: (1) o transtorno alimentar, que descreve alguns sintomas da participantes, bem como o início do quadro; (2) características de personalidade; (3) as relações familiares; e (4) DF-E, em que constarão a descrição e análise dos dados coletados através deste procedimento.

O transtorno alimentar

Os sintomas de Agda se iniciaram por volta dos 13 anos de idade, quando sua mãe teve uma grave doença e precisou fazer repouso intenso e extenso. A jovem passou a ser a responsável por todos os afazeres domésticos, sentindo-se muito sobrecarregada com as responsabilidades. Na mesma época, a mãe engravidou e Agda também assumiu os cuidados do irmão mais jovem. Ela desenvolveu um quadro de AN restritiva, que já dura 12 anos. É emagrecida e fala de muito temor em ganhar peso.

Os sintomas de Belle se iniciaram por volta dos 12 anos, quando sua avó materna adoeceu. Ela iniciou comportamentos de compulsão alimentar e teve rápido ganho de peso em curto período de tempo. Como comportamentos compensatórios, a adolescente pratica atividades físicas em excesso, muitas vezes às escondidas de seus pais.

Ambas as participantes relatam que os sintomas alimentares pioram nos momentos de tristeza ou frente a situações de frustração.

Características de personalidade

Agda é uma jovem que se mostra tímida ao contato, fala pouco, praticamente apenas quando é interpelada, sugerindo intensa inibição. Também tem poucos relacionamentos interpessoais e apresenta dificuldade em manter-se em empregos.

Assim, percebe-se que não é apenas sua alimentação que é restrita, mas toda sua vida funcional também se mostra tolhida pela ação de mecanismos restritivo-inibitórios.

Quando Belle está se sentindo triste ou sozinha, não consegue parar de comer. O agir impulsivo prevalece sobre o pensar ou o sentir. Tem medo da própria agressividade, que se expressa em explosões emocionais que, algumas vezes, terminam em episódios de violência física.

A literatura mostra que pessoas diagnosticadas com TAs tendem a ser introvertidas e inseguras, o que torna suas redes de apoio social muito restritas e empobrecidas. Os relacionamentos são marcados por diversos conflitos e dificuldades de resolução dos problemas (Leonidas & Santos, 2013). As duas participantes evidenciam tais dificuldades, tanto no âmbito social, como no âmbito familiar.

Relações familiares

Assim como preconizado na literatura (Fernandes, 2006; Lane, 2002), Agda e Belle, a despeito de estarem inseridas em contextos socioculturais distintos, apresentam convergências na dinâmica de funcionamento da personalidade. Em ambas a figura materna parece ter sido internalizada de forma rígida e controladora, em contraponto com a figura paterna enfraquecida, por vezes sem espaço relevante no cenário familiar e nas tomadas de decisão. A introjeção da figura materna intrusiva e da figura paterna fragilizada prejudicam o desenvolvimento psicossocial a partir da adolescência e travam o processo de separação-individuação. Com isso o ego fica debilitado, sem coesão suficiente para fazer frente aos desafios da transição adolescente. As participantes sentem-se frágeis e pouco preparadas para enfrentar os novos desafios da vida, seu senso de autoeficácia é precário e por isso o desenvolvimento estanca e toma um curso regressivo.

Ambas são percebidas nos núcleos familiares como a pessoa doente, aquela que precisa de cuidados especiais. No caso de Agda, por sua extrema magreza. No caso de Belle, pelo ganho de peso e pela compulsão alimentar. As famílias esboçam pouca compreensão de que são protagonistas no adoecimento das filhas e, assim, também precisam de cuidados emocionais para que possam reassumir seu papel de apoiar o desenvolvimento das filhas (Ramos, 2015).

Procedimento Desenho de Família com Estórias

As produções das duas participantes se mostram imaturas. Agda diferencia os caracteres sexuais dos personagens, mas não desenha componentes faciais (olhos, nariz, boca). Já Belle, que é mais jovem, faz desenhos em palito e a única diferença entre os sexos das figuras humanas são os cabelos curtos ou longos. Ambas evidenciam muita dificuldade na contação de histórias. As narrativas produzidas são pobres e muito breves, com pouca expressão da criatividade, mais parecidas com o relato da situação atual.

Os desenhos de Agda se referem ao tempo futuro (possível formação de sua própria família) em detrimento da situação passada/atual com sua família de origem. Ela evidencia o desejo de pertença a uma família (um casal, não necessariamente com filhos), em que há justa divisão das tarefas dentro do lar. E expressa muito ressentimento por, ainda muito jovem, ter que ser a responsável pela manutenção da casa da família.

Agda e Belle representam no papel e nas histórias figuras entristecidas e pouco satisfeitas com a realidade circundante. A principal diferença em suas produções é evidenciada no terceiro desenho (“uma família em que há alguém que não está bem”). Agda, que já estava em tratamento especializado havia três anos e já era adulta, apresenta a compreensão de que não há apenas um membro na família que não está bem, mas sim todo o grupo. Já Belle sente que ela é a pessoa da família que não está bem, reclamando proteção por parte dos adultos, enquanto os outros membros vivem uma “vida normal”.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo investigar o modo como jovens pacientes com TAs de diferentes contextos culturais introjetaram as figuras parentais, bem como explorar as possíveis relações dessas imagens parentais com a ocorrência do transtorno. Em relação às diferenças culturais, pouco pôde ser observado, considerando que os instrumentos abordaram primordialmente as características de personalidade e as relações familiares internalizadas.

Em relação às características de personalidade, foi possível detectar diferenças principalmente no que tange ao funcionamento mental, que estão ligadas também a características dos quadros “opostos” de TA: AN (restrição) Vs BN (compulsão/exagero). As duas participantes têm diferença de idade considerável, sendo

possível dizer que a mais velha (Agda) se mostra mais madura em suas relações e na compreensão de sua psicopatologia.

Sobre as relações familiares, foi possível perceber dificuldade nos vínculos e na resolução dos conflitos, de acordo com os relatos de ambas as participantes. A internalização das figuras parentais parece ter acontecido de forma fragilizada. Os dados colhidos com a entrevista e com a técnica projetiva evidenciam figuras parentais entristecidas, emocionalmente debilitadas. Na percepção das participantes, os pais se mostram pouco afetuosos e muito focados nos problemas/sintomas alimentares, e não em suas necessidades e dificuldades emocionais.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of eating disorders* (5th ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2013a). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 561-571.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Ramos, M. (2015). As famílias das anoréxicas. In: M. Ramos e M. P. Fuks (Orgs.), *Atendimento psicanalítico da anorexia e bulimia* (pp. 121-140). São Paulo: Zagodoni.
- Trinca, W. (2013). Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. In: Trinca, W. (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (2^a ed) (D. Grassi, Trad.). São Paulo: Bookman.

O Filho Preterido: Um olhar psicanalítico sobre como filhos se sentem perante as escolhas parentais

*Jéssica Favero
Fernanda Calmon*

Resumo: Neste trabalho buscou-se levantar dados importantes sob a história do desenvolvimento da família até a compreensão que se tem hoje, além da importância que este grupo social tem para um indivíduo em formação segundo o entendimento da psicanálise, ademais, o estudo busca compreender como filhos que se sentem preteridos pelos pais em função de outro irmão/ã ou irmãos, perceber essa configuração e ainda investigar outros elementos provenientes da relação familiar que se atrelam a essa concepção. Revelar também, a que segundo a perspectiva desses filhos, se atribui a escolha parental que existe dentro de seu âmbito familiar, para então realizar a análise do conteúdo proposto sob a ótica da psicanálise. Para alcançar os objetivos apresentados optou-se pela abordagem metodológica qualitativa, empregando o procedimento desenvolvido por Trinca, Desenho-Estória-Família seguido de uma entrevista semiestruturada. Os colaboradores apesar de ocuparem a mesma posição ao revelarem se sentem preteridos por pelo menos um dos pais na relação familiar, deixam evidente que cada indivíduo percebe sua condição de uma forma única, e que esta condição está atrelada a outros dilemas vivenciados dentro de uma família. Cada pessoa é única, e a dinâmica familiar a que pertence também.

Palavras-chave: *O Filho Preterido. Predileção. Fraternidade. Família. Ciúme. Rivalidade.*

Introdução

O propósito está em descobrir o que o conflito que se enreda no contexto familiar, a respeito de predileção, pode acarretar tanto para o grupo quanto para o sujeito e sua subjetividade, não interessa descobrir se o indivíduo é realmente o preterido por um dos pais ou pelos dois, mas sim como ele se sente frente a sua posição, seu papel ou sua fantasia familiar, de maneira que também se explanem os demais conteúdos envoltos nessa dinâmica.

A família é o primeiro grupo onde desenvolvemos as relações sociais, mas não apenas isso, família vai muito além, dela espera-se que a criança receba tudo o que é considerado necessário para sua sobrevivência, e que esta ainda, seja detentora de todos os cuidados, dedicação, estima, afeto e amor desempenhados a ela. A esse respeito surgem inúmeras definições sob diferentes vertentes e concepções, que exaltam fatores como sua estrutura, finalidade, desempenho, e demais aspectos relacionados a características afetivas, sociais e culturais. Como relatam Faco e Melchiori (2009):

A família representa o espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros, independentemente dos arranjos apresentados ou das novas estruturas que vêm se formando (p. 122).

Dentro das relações parentais evidenciam-se discussões relacionadas a todos os contextos que norteiam o ambiente familiar, entre elas surge a vertente que revela grandes deficiências emocionais e afetivas por filhos que se sentem preteridos pelos pais, e podem demonstrar isso de forma inconsciente e até mesmo consciente ao longo do desenvolvimento infantil e até mesmo vida adulta. Os sentimentos envoltos nessas relações podem se acentuar ainda mais com o frequente ciúme e rivalidade entre irmãos. Viorst (2010) defende que:

A rivalidade entre irmãos é normal e universal? Dez psicólogos em dez respondem que sim. E, embora possa ser mais intensa nos primogênitos, entre duas crianças (ou mais) do mesmo sexo, ou quando as idades são muito próximas, ou ainda quando as famílias são menores, não há dúvida de que todos nós somos tocados por esse sentimento de rivalidade, do qual ninguém fica completamente isento. Pois nós todos experimentamos, nos primeiros meses de vida, a ilusão de possuir completamente nossa mãe. A simbiose ocorre estritamente entre mamãe e eu. Verificar que outros tem direitos iguais e até mesmo maiores sobre ela, significa nossa iniciação ao ciúme. (p. 89)

Diante dos pressupostos apresentados o trabalho tem como objetivo principal explorar a temática do filho preterido dentro das relações parentais, preocupando-se com os efeitos acarretados por esses laços.

Sobre a pesquisa

A metodologia então adotada em relação à abordagem do problema proposto fundamentou-se na pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa garante a pesquisa uma grande gama de conteúdo a ser analisado, proporcionando assim uma melhor compreensão da subjetividade do grupo pesquisado.

Sobre a composição e análise dos resultados, atentou-se para a formulação de um texto em que fiquem claras as interpretações realizadas desde que estas sejam congruentes a realidade do sujeito e objetivos da pesquisa.

Entre os objetivos da pesquisa está o de analisar sob a ótica da psicanálise o material subjetivo dos indivíduos que se sentem preteridos na relação com pai/mãe ou pais, e consequências emocionais acarretadas. Ainda, identificar as principais ideias abordadas por teóricos a respeito de família e também das relações familiares sobre o enfoque da fraternidade e sentimento de preterição dos filhos; investigar características que determinem o favoritismo conforme a percepção dos filhos; e analisar através do

discurso dos indivíduos o que essa predileção x preterição acarreta em aspectos psicológicos e sociais e demais fatores associados.

Participaram da pesquisa quatro adultos, sendo um do gênero masculino e três do gênero feminino, na faixa etária entre vinte e um e vinte e seis anos, que se autodenominavam filhos preteridos dos pais. A pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2015, no município de Ariquemes, estado de Rondônia, em local pré-estabelecido com os colaboradores.

Delimitou-se a escolha pelos sujeitos que colaboraram sobre os seguintes aspectos: A) se autodenominassem preteridos na relação parental; B) maiores de dezoito anos e C) disponibilidade em participar.

Outro aspecto importante está na escolha de nomes fictícios a fim de resguardar a identidade dos colaboradores. Os nomes fictícios destinados aos colaboradores são de origem mitológica e tem associação aos conteúdos obtidos ao longo da pesquisa sobre cada um deles.

Os primeiros dados coletados foram através do procedimento Desenho-Estória-Família criado por Walter Trinca em 1972. Objetivou-se através da técnica projetiva obter uma ampla gama de conteúdo mais profundo do sujeito pesquisado conforme Van Kolck (1984) refere-se ao uso projetivo do desenho:

(...) ele se constitui em condição ótima para a projeção da personalidade, possibilitando a manifestação mais direta de aspectos de que o sujeito não tem conhecimento, não quer ou não pode revelar, isto é, aspectos mais profundos e inconscientes; isso porque, sendo um meio menos usual de comunicação do que a linguagem, tem um conteúdo simbólico menos reconhecido. (p. 2)

Além do procedimento D-E-F, utilizou-se entrevista semiestruturada, que para Triviños (1987 apud Manzini, 2004) tem a característica de estabelecer um questionário básico que se baseia em teorias e hipóteses (hipóteses que na pesquisa em questão foram levantadas através do procedimento D-E-F) a respeito do tema, e mantém o foco principal proposto pelo investigador-entrevistador.

Análise dos dados

HADES

*“Eu não posso crer
Que seja tão possível
Me esquecer assim
Tento aparecer, pra ti sou invisível
Impossível é ter você
Não posso acreditar
Que eu não fui nada pra você.”
(Invisibilidade – Lucas Marques)*

Através da análise dos dados obtidos com o procedimento e a entrevista foi possível perceber que para Hades (que significa: “invisível”) os pais assumem papel de grande importância em sua representação. Além disso, demonstra uma possível cisão afetiva na família, pois a representa estruturada em dois grupos distantes e diferentes, um ocupado pelos pais que também estão distantes entre si e outro pelos filhos, o que evidencia dificuldade no relacionamento. Ele representa a família como dois pequenos grupos e não como família unida estruturalmente, não há troca emocional, mesmo entre os pais voltados um para o outro estão afastados e com um obstáculo entre eles, que representa o desejo edípico de ter a mãe separando-a do pai, já os filhos surgem como figuras extremamente agressivas, com grande dificuldade em estabelecer contato afetivo. Deve-se atentar para o fato de que o nascimento da irmã de Hades se deu quando ele estava no auge do complexo edípico, com pouco mais do que quatro anos.

Quando ainda no ápice de seu complexo edípico, ele sofreu uma cisão afetiva, pois quando deveria receber investimento libidinal de sua mãe para alimentar suas fantasias edípicas que são necessárias para aprender a canalizar seu desejo selvagem para um desejo socializado, a mãe voltou seu desejo para a irmã recém-nascida. Para Nasio (2007) o Édipo é mais do que uma crise sexual é a fantasia que ela modela no inconsciente, ela determinará traços de personalidade, identidade sexual, aptidão ao gerir conflitos, entre outros. Nesse contexto Hades percorre o complexo edípico com o desinvestimento da mãe que está inclinada aos cuidados e dedicação pela irmã caçula, o que suscita a solidificação de uma figura materna inconclusa, parcial e imprecisa.

Sua representação familiar demonstra a priorização das figuras femininas, pois apesar das representações masculinas serem maiores, as femininas se sobrepõe a elas. A figura feminina é mais importante e para Hades, é especialmente significativa ao passo que demonstra sentimentos fruto da constelação edípica o qual o pai que está presente, não pertence ao grupo, ou seja, ele está lá, mas não é percebido da mesma forma que os outros, o que representa o desejo de bani-lo.

Mesmo sem afirmar concretamente por que os pais preferem a irmã, o que é reflexo dos mecanismos de defesa, ele manifesta conteúdos envoltos por uma carga subjetiva, uma questão provavelmente inconsciente, velada familiarmente, que é o desejo edípico de possuir a mãe e afastar o pai, ou seja, em sua concepção a mulher é preferida e recebe privilégio, pois isso foi o que aprendeu em sua família quando sua irmã nasceu e o investimento libidinal dos pais, em especial da mãe, foram canalizados para a irmã, a figura feminina passa a ser concebida como mais especial, forte, detentora de grandeza, que acumula funções e exerce maior poder do que a masculina.

Esse desenlace suscita uma compreensão fálica da figura materna representada por ele em posição de destaque, que sugere uma imagem forte e brava, que castiga e repreende. Sentir-se indesejável, o “fardo pesado” desperta nele os sentimentos hostis, sentir-se abandonado pela mãe que é brava, quebra uma expectativa de amor e desejo edípico criado sobre ela, e então se enche de ódio. Emergem sentimentos ambíguos, de amor e ódio pela mãe brava e punitiva, ao mesmo tempo em que sente raiva ele a ama e a deseja.

Ele manifesta uma provável relação conflituosa com o pai tido como figura importante, mas em geral distante o que representa sentimentos significativos. De forma geral sentimento de preterição descrito por Hades está enraizado nas questões edípicas de seu desenvolvimento. Ele desejava a mãe e rivalizava com o pai, quando sua irmã nasceu e todo desejo que em algum momento foi recíproco para ele cessou, a mãe não correspondia mais a suas fantasias incestuosas da forma como ele gostaria.

Ele acredita ter sido abandonado, trocado pela irmã quando todos seus investimentos libidinais estavam direcionados a mãe, e o mesmo com o pai, com quem inevitavelmente em razão do Édipo passaria a ter uma relação de rivalidade, e novamente foi atribuída ao nascimento da irmã, pois afirma que depois desse acontecimento seu relacionamento com o pai piorou. Não se pode garantir que tudo foi uma fantasia criada por ele para acobertar os sentimentos edípicos, provavelmente houve realmente um cuidado maior dos pais em relação à irmã, até porque ela necessitava de

cuidados extremos já que era um bebê, mas há também o envolvimento edípico no desdobrar de seu desenvolvimento e em sua concepção dos papéis familiares, o que acentua o sentimento de preterição manifestado.

EMÍLIA

*Quando você olha pra ela
Seu rosto te entrega
Fala mais fino com ela
Já não se pode negar*

*Só não se esquece que eu também te amo
Só não se esquece
Não se endurece que eu também te amo
Não se endurece*

(Quando você olha pra ela – Mallu Magalhães)

Designou-se o nome fictício Emília para a colaboradora, nome que significa “rival”, não por acaso, pois seu relacionamento com sua irmã é de extrema disputa e rivalidade incessante pelo reconhecimento do pai. Ela manifesta também resistência em falar sobre sua família, demonstra agressividade em relação aos familiares e assim como descreve sua relação com eles os seus desenhos também ganham traços infantis que representam a regressão que ela utiliza na tentativa de reduzir a ansiedade que Volpi (2008, p. 2) conceitua como “é um retorno a um desenvolvimento anterior ou a um modo de expressão mais simples ou mais infantil. É um modo de aliviar a ansiedade escapando do sentimento realístico para comportamentos que, em anos anteriores, reduziram a ansiedade”.

O pai ocupa uma posição de grande importância para ela, mas apesar disto evidencia-se distante em sua perspectiva, estando sempre mais próximo ou semelhante à irmã do meio ou da esposa. Depois da figura paterna Emília se coloca em posição de maior importância, e ao fazer isso demonstra uma grande competitividade em relação às figuras das irmãs e da mãe, competitividade que é aguçada pelo desejo do pai ser somente seu, ela deseja não dividir a atenção dele, principalmente com sua irmã e maior rival na disputa por dedicação e afeto exclusivo o que revela grande influência edípica em seus conteúdos subjetivos.

Os seus maiores conflitos tem como objeto a irmã do meio, que desperta nela sentimentos hostis referentes ao Édipo, o que resulta no desejo de afastá-la, pois em sua concepção a irmã é grande responsável por sua angústia, porque ela detém a predileção do pai, pivô da disputa, pelo menos ao que se refere às expectativas de Emília, ou seja, ela deseja ser o Falo precioso do pai, por ele, ela passou a admirar e imitar sua mãe, para obter a atenção e desejo libidinal do pai, mas a irmã se tornou o Falo e não ela, seu investimento foi em vão.

Freud ao citar Bernard Shaw disse “Via de regra, só existe uma pessoa que uma menina inglesa odeia mais que a sua mãe; é sua irmã mais velha.” (Freud, 1915-1916), o ódio desperto está claramente baseado em questões edípicas, pois é mais aceitável que existam sentimentos desaprováveis entre irmãs, do que entre mãe e filha. No caso de Emília ela traça uma disputa com sua irmã, que em sua percepção detém privilégios em relação ao pai, e a vontade de ocupar essa posição que é fundamentada em uma fixação edípica, a posição de Falo.

Em um dos desenhos Emília circula a irmã do meio e faz um semi-círculo em torno da irmã mais velha, o que segundo Cunha (2000) representa simbolicamente o desejo de afastar o sujeito da família ou subentender o desejo de sua morte e ainda, receber ênfase especial por razões afetivas e circunstanciais, ela e o pai ainda ocupam posições opostas ficando cada um em um extremo do desenho. Já em outra produção fica evidente uma maior proximidade afetiva entre os pais, já entre ela e o pai surge novamente à irmã com quem ela rivaliza, e ainda sinaliza com um traço as semelhanças entre ela e a mãe, apesar da distancia entre as duas.

Emília relata brigas constantes com sua mãe e irmãs, reflexo do conflito edípico, já com seu pai, diz que brigam menos, mas quando brigam é mais sério, isso reflete na importância que ela dá a aprovação do pai, ou seja, quando briga com o pai segundo ela é “seríssimo”, pois as brigas estão relacionadas ao medo da perda, imaginar que o pai desaprove suas atitudes e então ela perca o amor que ele destina a ela é realmente “seríssimo”. Com a mãe ela “briga todos os dias” demonstrando uma fixação edípica, mas as brigas não recebem a mesma importância como as brigas que tem com o pai.

É nítido que Emília demonstra uma incessante disputa com a irmã pela atenção do pai, essa rivalidade e busca pelo afeto do pai indicam aquilo que a teoria winnicottiana revela sobre a natureza antissocial, ao provocar brigas, discussões, conflitos, ela está mostrando sua resiliência, seu desejo de reestabelecer aquilo que lhe foi retirado, o amor do pai, que esta relacionado a uma fixação no objeto edípico

primário, fixação que também justifica o fato dela afirmar nunca ter tido um relacionamento amoroso duradouro ou que estivesse já tivesse tido algum tipo de compromisso amoroso.

Emília demonstra uma intensa fixação na fase edípica, mas não apenas isso, ela representa o que Freud revelou como a hostilidade que a criança manifesta em relação aos irmãos despertada pela concorrência ou pela possibilidade de perda ou divisão do afeto dos pais. Existe uma variante do complexo de Édipo que é o complexo fraterno, a sexualidade é dirigida a um dos pais, e a hostilidade é dirigida ao/s irmão/s ao invés do genitor.

Sua hostilidade está direcionada para sua irmã e maior rival no complexo edípico, todas as brigas e conflitos provocados por ela surgem de sua agressividade originária da pulsão de morte, um suporte ao equilíbrio psíquico. Além disso, ela demanda de uma grande carga psíquica destinada a utilização de mecanismos de defesa que a impeçam de entrar em contato com os desejos edípicos incestuosos infantis. Emília tem grandes traços provenientes da fase edípica infantil, entre elas o sentimento de preterição marcada pela disputa com a irmã pelo objeto de desejo e amor pleno, o pai.

ISIS

*Eu Sei que vou chorar
A cada ausência tua eu vou chorar,
Mas cada volta Tua há de apagar
O que essa ausência tua me causou*

*Eu sei que vou sofrer
A eterna desventura de viver a espera
De viver ao lado teu
Por Toda a minha vida.*

(Eu sei que vou te amar – Vinicius de Moraes)

O nome fictício escolhido para a colaboradora foi Isis que é descrito como “deusa da fertilidade e do amor maternal” e tem o significado: “nasci de mim mesma, não venho de ninguém” o nome em questão representa o abandono sofrido por ela logo na infância, além de ter uma vida amorosa de relacionamentos amorosos rompidos, e mesmo tão jovem já tenha três filhos, pelo quais diz ter amor incondicional.

Isis apresenta um discurso muito sofrido, além de se autodenominar preterida pelos pais, carrega consigo sentimentos de rejeição e abandono. Ao falar sobre sua história de vida, ela relata o abandono dos pais, exacerbando o quanto era frágil quando foi deixada, pois tinha apenas “três aninhos”, e exalta que sobreviveu mesmo em sua inocência e fragilidade a toda dor que sentiu (e ainda sente). Sobreviver como ela se refere ao dizer que “não morreu”, traz sua compreensão do abandono, afinal sobreviver sem o pai e a mãe não foi fácil, ao contrário, foi extremamente doloroso e ainda é.

Com seis meses de nascida meus pais se separaram, minha mãe voltou pra casa dos pais, quando eu tinha três aninhos ela casou de novo e não me levou, ela fala que foi por que minha vó não deixou, mas até hoje eu tenho minhas dúvidas. Fui criada pelos meus avós e pelas minhas tias, e não morri não! Mas sinto falta, é uma coisa muito estranha. (sic. Isis)

Quando Isis tinha apenas seis meses houve uma suspensão nessa relação triangular, ela perdeu seu modelo masculino, o pai que proporcionava a capacidade da mãe ser bivocal, e que, além disso, tinha a responsabilidade de dar sustentação psíquica para mãe, o que é extremamente importante para o bom desenvolvimento do indivíduo. Aos seis meses ela experimentou o rompimento entre os pais, o que provavelmente influenciou a forma como a mãe a percebia, o desejo de ser mãe e exercer a maternagem, o que é crucial no relacionamento entre elas. Os pais se separaram e a mãe voltou para casa dos pais justamente em uma parte primordial do desenvolvimento segundo a teoria kleiniana, o bebê vive a posição depressiva, onde a criança deve elaborar o luto ao se perceber e perceber a mãe como inteira, em que a reconstrução do mundo interno caracteriza o sucesso do trabalho de luto.

Ao falar especialmente sobre sua relação com sua mãe Isis revela que não existe entre elas um laço de mãe e filha, ela a percebe como uma irmã, já que foi criada a partir dos três anos pela sua avó, no caso mãe de sua mãe, “*não é como mãe e filha, é como se ela fosse uma irmã pra mim*” (sic.).

Aparentemente, não importa o tipo de mãe que uma criança perde, ou o quanto pode ser perigoso continuar na presença dela. Não importa se ela machuca ou abraça. A separação da mãe é pior do que estar nos braços dela quando as bombas estão explodindo. A separação da mãe é às vezes pior do que ficar com ela quando ela é a própria bomba. Pois a presença da mãe –

da nossa mãe – representa segurança. O primeiro terror que conhecemos é o medo de perder-la. “Não existe nada semelhante a um bebê”, escreve o psiquiatra psicanalista D. W. Winnicott, observando que na verdade os bebês não podem existir sem suas mães. A ansiedade da separação é provocada pela verdade literal de que, sem alguém para tomar conta de nós, morreremos. (Viorst, 2010, p. 20).

Isis demonstra uma estrutura psíquica fragilizada, onde não há força. Em seus desenhos fica evidente o desinvestimento, são precários e quase imperceptíveis, existe uma economia psíquica descomunal, provavelmente porque grande parte de suas pulsões e energia psíquica esteja canalizada para preservar sua estrutura, através de mecanismos de defesa e outras formas de reduzir a ansiedade ou angústia.

Separações graves no começo da vida deixam cicatrizes emocionais no cérebro porque atacam a conexão humana essencial: o elo mãe-filho que nos ensina que somos dignos de ser amados. O elo mãe-filho que nos ensina a amar. Não podemos nos tornar seres humanos completos – na verdade, é difícil tornar-se um ser humano – sem o apoio dessa primeira ligação. (Viorst, 2010, p. 27).

Existe uma dificuldade em ligar-se a outras pessoas, tem em seu discurso histórias de relacionamentos desfeitos e vínculos rompidos sempre que laços afetivos passam a existir, que assim como a não elaboração do luto parecem estar associadas a dor do abandono, de ser deixada novamente assim como quando era criança, quando seus pais a deixaram. Existe um ressuscitar constante dos sentimentos infantis, como uma compulsão a repetição atrelada ao temor do mesmo, medo daquilo que não foi esquecido, como Winnicott (1968/1989) descreve:

A coisa terrível é que nada é esquecido. E então a criança sai pelo mundo sentindo falta de confiança nas coisas. (...), pois de repente se lembram de que a continuidade de sua vida foi perturbada e foram acionadas todas as defesas, e elas reagiram a isso, e isso é um acontecimento muito doloroso, algo de que elas nunca vão se libertar. E elas tiveram que se haver com isso, e se isso existe no padrão dos cuidados a ela dispensados, constrói-se

uma falta de confiança no ambiente. (p. 114 apud Alexandre, 2006, p. 40).

Ela ainda elucida o quanto se sente distante de seus familiares, não apenas fisicamente, mas também emocionalmente, como Cunha (2000, p. 514) afirma “membros da família distantes uns dos outros configuram um grupo familiar desunido, como se as pessoas fossem desenhadas individualmente e não como família, e sem evidência de troca emocional”, ou seja, ela não se sente como parte do grupo familiar. Em outra produção desenha a avó, a mãe, as duas tias e seus três filhos, que representam sua família, e dessa ela não aparece nem mesmo distante, ela se omite de sua própria família, possivelmente por não existir o sentimento acolhimento verdadeiro que façam com que ela se sinta parte da mesma.

Existem marcas muito profundas e dolorosas em Isis, são como feridas ainda abertas que não saram e estão associadas à dificuldade em elaborar o abandono e rejeição e demais sentimentos ruins despertados pelas falhas que sucederam durante seu desenvolvimento até a vida adulta, eles resultam na repetição continua de movimentos psíquicos que reavivam toda dor que sentiu um dia, em tentativas exaustivas de compreender seus conteúdos. Ela viveu e ainda vive conflitos muito complexos dentro grupo familiar a que pertence (ou não), tanto que o sentimento de preterição parece até pequeno quando comparado a outros conflitos que enfrenta, mas sentir-se preterida em relação as suas outras irmãs e perceber isso continuamente, influencia sua forma de lidar e conceber as adversidades, o que tem reflexos em sua forma de se relacionar com o outro e com o ambiente.

UNÍGENA

*Tenho ciúme de você
Não dá pra esconder
E amar assim não me faz bem
Como é que eu posso imaginar
Em dividir o seu olhar
Com outro alguém*

*Tenho ciúme de você
Sou louco por você
Passo da conta sem sentir*

E soffro só de imaginar

Outra pessoa em meu lugar te possuir

(Ciumento demais – Chitãozinho e Xororó)

Unígena que segundo a mitologia significa “aquela que foi concebida apenas por Júpiter”, pois ela demonstra existir uma relação cindida, a qual ela e o pai aparecem de um lado e a mãe e o irmão de outro. Apesar de se autodenominar preterida pela mãe na relação familiar, demonstra uma postura positiva em sobre sua família, pois em suas produções são apresentadas sempre com proximidade o que exprime intimidade familiar, na entrevista diz que é no seio familiar que recorre sempre que precisa de apoio e sustentação, e acima de tudo são as pessoas em que mais confia.

Unígena revela existir uma rivalidade incessante e disputas intensas com o irmão, principalmente no que se refere à figura da mãe. Ela demonstra que quando estão apenas os dois, se relacionam melhor, mas quando surge no contexto um dos pais, em especial a mãe, os conflitos se acirram. Existe um litígio interminável, a atenção e afeto da mãe é alvo constante de disputas que não cessaram nem mesmo na vida adulta.

Para ela o fato da mãe dar preferência ao irmão está relacionado ao fato de eles terem mais afinidades, serem mais parecidos, assim como ela se parece mais com o pai. Sobre a forma como lida com os sentimentos que se originam ao perceber essa relação mais estreita entre a mãe e o irmão. Silveira (2009) diz que o ciúme resulta de rivalidades e mantém rivalidades, rivalidade que segundo ele surge da seguinte forma:

A rivalidade, muitas vezes, pode vir da disputa de espaço dentro da dinâmica familiar, da definição de papéis, do desejo de exclusividade, da necessidade de ser o mais importante, do desejo de uma atenção diferenciada, da comparação entre irmãos e do fato de pais tentarem tornar os filhos todos iguais. (Silveira, 2009, p. 40).

O ciúme exacerbado entre os irmãos, principalmente de Unígena sobre a relação do irmão com a mãe, tem destaque no ambiente familiar. Esse ciúme desmedido dá origem aos conflitos associados principalmente à concepção de que ela ocupa posição desvantajosa em detrimento do irmão, que recebe maior atenção e oportunidades, ao contrário dela, com quem são mais rigorosos e exigentes.

Deve-se atentar para o fato de que quando seu irmão caçula nasceu Unígena estava com três anos e que nesta idade a criança está passando pela fase anal que é a

fase do desenvolvimento em que a criança aprende a reter e expulsar. É nesta fase que a criança passa a se atentar a sua capacidade muscular e ainda desenvolve sua autonomia e junto com nela comportamentos de oposição.

Essa fase é considerada como a fase dos produtos, é nela que a criança desenvolve suas primeiras produções pessoais, que podem ser desde o andar, o falar, e em especial suas fezes e urina, que são sentidas como os primeiros objetos concretos gerados por ela. A socialização é a internalização dos valores associados à forma como seus produtos serão recepcionados no mundo, o que lhe trará a dimensão de sua capacidade de produzir coisas boas, de sentir que pode entrar no mundo, pois ela é boa e aceita. (Rappaport, 1981).

É nesta perspectiva que Unígena se desenvolveu fixada na fase anal após o nascimento de seu irmão. Seu discurso é marcado persistentemente por seus produtos, sua disputa e rivalidade com o irmão estão intimamente associadas a essa concepção, já que ela tenta receber o reconhecimento por seu produto, o qual ela se esforçou muito para ser melhor, pois quando ainda criança buscava o reconhecimento da mãe por aquilo que produzia e a mãe estava com sua atenção voltada para o caçula, deixando de “aplaudi-la” e “parabenizá-la”.

Ao contemplar de forma global os aspectos analisados, percebemos que no caso de Unígena o ciúme, brigas e disputas travadas ferozmente com o irmão, estão ligados diretamente àquilo que ela experimentou ainda aos três anos quando estava descobrindo juntamente com o controle do seu corpo, as coisas das quais ela era capaz de produzir, fossem elas boas ou não pela forma que eram interiorizadas. A evolução dessa fase de desenvolvimento culmina no sentimento de adequação, esse sentimento que dá a pessoa a liberdade e confiança para criar e produzir. Neste sentido encontra-se uma falha no desenvolvimento da colaboradora que não desenvolveu de forma suficiente esse aspecto, pois não demonstra satisfação com suas produções, ela está sempre em busca do reconhecimento da mãe para se satisfazer, mãe essa que prefere seu irmão e demonstra maior aprovação por ele.

Considerações Finais

Apesar de todos os colaboradores se autodenominarem preteridos por pelo menos um dos pais, todos revelam um discurso diferente frente a essa temática, e também divergências em relação ao motivo de não receberem a predileção, o que deixa ainda mais claro o quanto este tema é subjetivo a cada indivíduo, não existe um

sentimento homogêneo quando se fala em pessoas, pessoas são singulares, sentem e vivenciam as complexidades de formas diferentes.

Em toda família em que existirem mais de um filho, lá estará instalada a fratria e junto com ela conflitos que podem ser temperados com rivalidade e ciúme, mas não apenas isso, pois existe também outros fatores dentro da relação familiar que podem aguçar o sentimento de que os pais tem um predileto, muitas vezes essa percepção não está atrelada apenas ao ciúme ou a disputa entre irmãos, mas sim a outras complexidades que se desenvolvem nesse ambiente.

Outro aspecto a se constatar é que todos, mesmo que em intensidades diferentes, acreditam que esse sentimento que os acompanhou por boa parte de sua trajetória, influenciou na vida que tem hoje. Isso demonstra o quanto é relevante à investigação sobre o tema que pouco se ouve falar, pois muitas vezes é algo velado dentro da família é um tema extremamente obscuro e portanto é omitido, e assim como outras demandas familiares a questão do filho sentir-se preterido em detrimento de outro irmão, pode trazer consequências emocionais que ao longo dos anos acarretem marcas no indivíduo. São como cicatrizes difíceis de serem apagadas.

Em relação aos pais entende-se que eles não são imparciais, é comum que aconteçam deslizes que alimentem a ideia de predileção, pois os pais também são seres humanos que tendem as falhas principalmente em torno de conteúdos por eles ainda não elaborados. Mas também ficam evidentes casos de pais que não dão a devida importância e nem se esforçam em apresentarem-se de maneira uniforme aos filhos, para que estes não se sintam desprivilegiados em relação ao irmão. Desde os pequenos deslizes até as grandes falhas dos pais podem instalar esse sentimento em seus filhos, o que varia aí é a intensidade que o afeto ganhará na vida do indivíduo.

Conclui-se que dentro do seio familiar sempre vão existir sentimentos ambíguos, é através desses sentimentos que o sujeito se faz, ser humano. Acreditar que existe um preferido pelos pais que não ele próprio deixa marcas no indivíduo, essas marcas podem ser encharcadas de sentimentos como ciúme, rejeição, desprazer, hostilidade, mesmo que passe muito tempo, ele vai carregar consigo a sensação de que foi lesado, o que está relacionado ainda a outros conteúdos subjetivos de seu desenvolvimento, influenciando na relação parental porque existia outro, que não ele, que sempre recebia os privilégios.

Referências

Viorst, J. (2010). *Perdas necessárias*. São Paulo: Melhoramentos.

- Nasio, J. D. (2007). *A dor de amar*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (1915-1916). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. VI. XVII. Rio de Janeiro: Imago.
- Manzini, E. J. (2004). *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros*. Depto de Educação Especial, Programa de Pós Graduação em Educação, Unesp, Marília.
- Faco, V. M. G.; Melchiori, L. E. (2009). Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. In: T. G. M. do Valle (Org.) *Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009
- Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Volpi, J. H. (2008). *Mecanismos de Defesa*. Curitiba: Centro Reichiano.
- Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico-V*. 5 a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Alexandre, D. P. A. (2006). *A importância do holding na reorganização afetivo-social de crianças que manifestam tendência anti-social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Silveira, M. de L. C. de S. (2009). Da rivalidade ao amor: Irmãos para Sempre. *Investigação*. Franca, 9(1), 33-44.

Os métodos projetivos como via do discurso

Lorena Mayra Guimarães Souza

(PUC Minas, Faculdade Pitágoras e psicóloga em um Serviço de Acolhimento para crianças e adolescentes)

Resumo: O presente estudo representa uma reflexão teórica referente ao uso dos métodos projetivos com crianças, mais especificamente o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, versão para crianças e adolescentes, e a técnica projetiva de desenho H-T-P (Casa – Árvore – Pessoa). Dessa forma, este trabalho buscou analisar as contribuições de tais métodos na prática do profissional da Psicologia, os quais são utilizados nos mais diversos contextos de atuação, como por exemplo, na área forense, na clínica e em instituições. Para a realização deste estudo, reportou-se a uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão. Verifica-se que os métodos projetivos têm permitido, para além de uma visão reducionista e um fazer mecanicista, propiciar à criança se colocar de maneira ativa diante do estímulo ao qual lhe é apresentada, e que de certo modo apresenta-se como algo lúdico e natural. Neste sentido, torna-se relevante ressaltar que uma das vantagens ao se utilizar um método projetivo está no fato de ele ser uma via de acesso ao discurso da criança, ou seja, possibilita que ela se apresente. A respeito disto, a história nos mostra que comumente a concepção de infância é retratada por porta-vozes, ou seja, ela é falada e apreendida a partir da visão construída pelos adultos e, frequentemente, não é dada às crianças a oportunidade de se expressarem sobre si mesmas. Dessa forma, considera-se que os métodos projetivos apresentam vantagens capazes de auxiliar o psicólogo em sua atuação, visto que permitem iluminar o material que estava latente e aquilo que estava encoberto, se apresenta. Para tanto, considera-se de fundamental importância a formação contínua deste profissional, uma atuação ética e não excludente, bem como a constante atualização de pesquisas neste área.

Palavras-chave: *Criança, discurso, métodos projetivos.*

Introdução

Esse trabalho é construído no intuito de articular infância, métodos projetivos, em especial o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, versão para crianças e adolescentes, e a técnica projetiva de desenho H-T-P (Casa – Árvore – Pessoa), e a possibilidade de tais instrumentos serem uma via acesso ao discurso da criança.

A partir do momento que se tem como foco de interesse a criança, seu discurso e os métodos projetivos, é fundamental esclarecer a maneira como são entendidos. A respeito da infância, isso implica regressar a vários séculos, a fim de retomar seus conceitos históricos, a partir do estudo de documentos, os quais foram, e ainda são, responsáveis por registrar o papel da criança na sociedade.

Os testes psicológicos, tal como os conhecemos atualmente datam desde o início do século XX. Época em que os testes de aptidão ganhavam cada vez mais o olhar da comunidade acadêmica. Mas é apenas em 1939 que se tem a criação do termo “métodos projetivos” por L. K. Frank para se referir a três tipos de provas psicológicas, que segundo ele, citado por Anzieu (1984), referiam-se ao modelo de uma investigação global da personalidade.

Embora esses temas sejam aqui abordados, eles não se esgotam no estudo realizado, ao contrário, apenas partem de uma reflexão teórica na qual se busca pensar

sobre os métodos projetivos e a criança e pontuar possíveis conexões com os referidos assuntos.

Sobre o conceito de infância

Comumente, a história e o conceito da infância são retratados por porta-vozes. A concepção da infância é falada, vivenciada e apreendida a partir da visão construída pelos adultos.

A visão de infância que se tem atualmente, a qual corresponde a uma fase experimentada por todos em um determinado período da vida, é inegável. Porém, essa concepção refere-se ao tempo presente. Por isso esse entendimento não é encontrado em todos os outros séculos. Quer dizer, a infância tal qual a conhecemos hoje é o resultado de um processo histórico, não sendo, assim, algo herdado e imutável.

Com o intuito de entender o significado que a infância tem atualmente e sua representatividade na sociedade do século XXI, torna-se relevante conhecer e compreender as transformações ocorridas em seu conceito e as maneiras como foi entendida pela sociedade no decorrer dos séculos até chegar ao conceito que ela tem hoje.

Para Cohn (2009) é importante partir da compreensão histórica da infância, uma vez que contemporaneamente “os direitos da criança e a própria ideia de menoridade não podem ser entendidos senão a partir dessa formação de um sentimento e de uma concepção de infância” (p. 22).

A pesquisa do historiador francês Ariès (1981) *História Social da Criança e da Família*, na qual se utilizou como fonte historiográfica a iconografia, teve por objetivo detalhar e inventariar o conteúdo da imagem. A obra de Ariès foi publicada pela primeira vez em 1960 na França. Nela, o autor defende a tese de que a infância representa uma invenção da Modernidade. Assim, a maneira como se concebe a infância atualmente é resultado do tempo histórico e de determinadas condições socioculturais.

A partir disso, podemos considerar que a infância muda com o tempo e com os diferentes contextos sociais, econômicos, geográficos, e até mesmo com as peculiaridades individuais. Portanto, as crianças de hoje não são exatamente iguais às do século passado, nem serão idênticas às que virão nos próximos séculos (Frota, 2007, p. 151).

Ariès (1981) revela que a historiografia da infância começa a ser delineada no período medieval. Porém, ainda não se fazia presente o sentimento da infância. Como salienta o autor, embora fosse inexistente esse sentimento, havia um olhar sobre as crianças, mas não existia a consciência das especificidades advindas da infância. Ou seja, as particularidades desse período não eram consideradas. No período da Idade Média não se fazia uma divisão de atividades de acordo com a idade de cada indivíduo. Antes da escolarização das crianças, estas e os adultos partilhavam os mesmos lugares e circunstâncias. Não havia distinção entre eles.

Passada a Idade Média, surge no século XVI, no ambiente familiar um sentimento com relação à infância, denominado “paparicação” (Ariès, 1981). Segundo o autor, esse sentimento inicialmente estava associado às cuidadoras das crianças, sendo elas mães ou amas. Esse sentimento não era expresso por essas mulheres, porém a partir de então as pessoas não tiveram receio de reconhecer como eram sensíveis as graciosidades das crianças. Entretanto, no final do século XVI e, notadamente no século XVII começou-se um sentimento de intolerância à “paparicação”, compartilhado pelos moralistas e educadores do século XVII, e foi responsável por influenciar, até o século XIX, toda a educação. O apego à infância passou a considerar o interesse psicológico na transmissão dos costumes e da disciplina, na preocupação moral.

Sem eles [o autor se referia aos padres, moralistas e legistas], a criança teria permanecido apenas o *poupard*, o *bambino*, o pequeno ser cômico e gentil com o qual as pessoas se distraíam com afeição, mas também com liberdade – quando não com licença – sem preocupação moral ou educativa (Ariès, 1981, p. 123).

Esse sentimento, até então associado a apenas uma parte da população, passou para a vida familiar.

Diante dessa nova realidade, criança e família tornaram-se assuntos que despertavam interesse e atenção, “não apenas o futuro da criança, mas também sua simples presença e existência eram dirigidas de preocupação – a criança havia assumido um lugar central dentro da família” (Ariès, 1981, p. 105). Nesse sentido, a criança, antes vista de um modo pouco signifiante, passou a ocupar um lugar privilegiado na família. Assim, atribuíram-se à criança grande atenção e interesse.

A infância passou a suscitar vários interesses e tornou-se objeto de estudo em diversas áreas, constituindo-se em um campo de natureza interdisciplinar.

Testes Psicológicos

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), Resolução CFP N.º 002/2003, os testes psicológicos são instrumentos de uso privativo dos psicólogos para avaliar ou mensurar características psicológicas, os quais podem contribuir, por exemplo, em um processo de psicodiagnóstico e orientação profissional. Para tanto, se faz necessário que o profissional, ao utilizar tais instrumentos, tenha uma formação teórica e prática, bem como responsabilidade diante das informações obtidas a partir dos testes psicológicos, de acordo com o que é preconizado pelo Código de Ética Profissional dos Psicólogos (2005).

Os testes psicológicos para serem utilizados e comercializados devem atender aos requisitos estabelecidos pelo CFP, como fundamentação teórica do teste, evidências empíricas de validade e precisão das interpretações contidas no instrumento, condições nas quais o teste deve ser aplicado e detalhamento do modo de aplicação e correção. A partir do sistema de avaliação de testes psicológicos (SATEPSI), criado pelo CFP, as informações acerca destes instrumentos são divulgadas, assim como os testes que têm parecer favorável ou desfavorável no que se refere a sua utilização.

A partir do início do século XX, pesquisadores como Galton, Binet e Cattell foram responsáveis por impulsionar o estudo e a elaboração de testes psicológicos para avaliar sobretudo as aptidões humanas, oferecendo ampla contribuição na Psicometria (Pasquali, 2001).

Dentro do que é denominado “teste psicológico” existem diversas formas de subdividi-los, a partir das características que se deseja considerar, como por exemplo, segundo sua forma de resposta, o processo psicológico que mede e de acordo com sua objetividade e padronização. Segundo essas subdivisões têm-se os testes psicométricos e projetivos. Comumente refere-se aos primeiros como sendo instrumentos que privilegiam a objetividade, apresentam-se de uma forma bem estruturada, com mensuração quantitativa e sendo comum resposta de múltipla escolha (Pasquali, 2001). Enquanto as técnicas projetivas primam por estímulos ou solicitações ambíguas, com diversas possibilidades de interpretação, de modo que o avaliando tem liberdade para responder e geralmente com o tempo de execução livre (Anzieu, 1984).

Sobre a diferenciação entre testes psicométricos e projetivos, principalmente no que se refere à oposição entre objetivo versus subjetivo, Miguel (2014) aponta um equívoco neste aspecto, uma vez que se pode ter a falsa ideia de que os métodos

projetivos, por serem entendidos como não objetivos ou subjetivos, estariam enlaçados pelo viés da interpretação do psicólogo, o que consequentemente acarretaria em resultados diversos, dependendo do olhar do avaliador. Contudo, há que se repensar nesta proposição, visto que, segundo o autor supracitado.

Sistemas foram desenvolvidos a fim de evitar a variabilidade de interpretações entre psicólogos, permitindo procedimentos claros e inequívocos de codificação e transformação do desempenho no teste em números, como o sistema compreensivo do Rorschach e Zulliger ou a frequência de cores no Pfister. Nesse mesmo sentido, os manuais apresentam estudos de precisão entre juízes [. . .] Os resultados demonstram índices elevados, refutando a hipótese de que a própria subjetividade do psicólogo conduza a resultados discrepantes ou absurdos (p. 99).

Dessa forma, embora apresentem características distintas dos testes chamados objetivos, os métodos projetivos também atendem às normas de validade e precisão dos instrumentos e se apresentam como ferramentas capazes de auxiliar de maneira profícua a prática do psicólogo.

Histórico dos métodos projetivos

A expressão “métodos projetivos” foi utilizada pela primeira vez em 1939 por Lawrence K. Frank para se referir aos testes de associação de palavras de Jung, de manchas de tinta de Rorschach e o teste de invenção de histórias de Murray (T.A.T.), uma vez que os três contemplam a investigação dinâmica da personalidade, sendo considerados métodos de grande valia na atuação dos psicólogos pelo fato de conseguirem colocar em prática o campo teórico da psicologia dinâmica (Anzieu, 1984).

Pelo fato de possibilitarem ao examinando respostas livres e liberdade de interpretação frente ao estímulo apresentado, os métodos projetivos se constituíram em um campo fértil para acessar os processos da personalidade do sujeito. Com forte influência da psicanálise, o momento de aplicação de uma técnica projetiva pode se assemelhar em alguns aspectos à situação analítica. O sujeito em análise é convidado a falar livremente, por associações livres, sobre o que lhe vier a mente. De modo análogo, o avaliando também é livre para interpretar e responder, uma vez que não há respostas certas ou erradas, embora haja uma solicitação ou estímulo prévio, fazendo com que “as

associações livres do sujeito devem, assim, ser provocadas. Donde decorre a necessidade de lhe apresentar um material desencadeador de tais associações” (Anzieu, 1984, p. 24).

Segundo o autor acima citado, etimologicamente são dados ao termo projeção alguns significados. Ele pode se referir ao lançamento de um projétil, uma ação física; em um sentido matemático, geométrico, projeção estaria relacionada aos pontos de um mapa serem equivalentes ao espaço real, ou seja, em uma superfície plana como um papel, a representação gráfica de um local seria correspondente à realidade; a partir de uma perspectiva ótica, tem-se o terceiro sentido do termo, como visto no teatro de sombras e no cinema, a projeção luminosa emite raios em uma superfície a partir de um foco.

Os métodos projetivos podem então serem entendidos como instrumentos que propiciam a liberação de aspectos que o avaliando recusa ser ou que são vivenciados como vulneráveis. Bem como as respostas obtidas a partir destes métodos também podem representar a estrutura da personalidade do sujeito, ou ainda, como em um raio-x, aquilo que estava encoberto, se desvela, ou seja, conteúdos internos são projetados para o meio externo.

Contribuição dos métodos projetivos na atuação do psicólogo

Devido à vasta produção científica que está sendo realizada nos últimos anos, constata-se uma maior utilização dos métodos projetivos na prática dos psicólogos em diversos contextos (Buck, 2009; Cardoso & Capitão, 2007; Villemor-Amaral, 2014; Villemor-Amaral, Pardini, Tavella, Biasi, & Misoranci, 2012; Villemor-Amaral, Silva, & Primi, 2002).

Embora com maior ênfase na área clínica, os métodos projetivos são utilizados em vários campos de atuação, como por exemplo, na área educacional, hospitalar e no contexto forense (Rovinski, 2011).

Seu modelo se assemelha ao modelo terapêutico, de modo que investigação e tratamento seguem os mesmos princípios e dependem das mesmas condições: a presença do interlocutor – investigador ou terapeuta – que cumpre um papel de tradutor de símbolos e sinais, cujo sentido paradoxalmente se produz na relação que, nesse caso, é mediada pelos instrumentos de investigação escolhidos para esse fim (Villemor-Amaral, p. 99, 2008).

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister é um instrumento que pode ser aplicado em crianças a partir de sete anos de idade até pessoas idosas e avalia aspectos da personalidade, em especial a dinâmica afetiva e habilidades cognitivas do examinando. O teste foi desenvolvido na Suíça, em meados da década de 1950, por Max Pfister, sendo introduzido no Brasil em 1956, no curso de Psicologia Clínica da Faculdade de Filosofia da PUC-SP, por Fernando de Villemor Amaral, professor e pesquisador de diversas técnicas projetivas, (Villemor-Amaral, 2015).

Neste teste é solicitado ao examinando confeccionar, a partir dos quadrículos disponíveis, três pirâmides coloridas, de modo que fiquem bonitas para o avaliando. Feito isto, alguns questionamentos são realizados a fim de saber, por exemplo, qual pirâmide ele achou mais bonita e qual ele gostou menos. Na finalização do teste, deve-se proceder a outras perguntas, como o que ele achou do teste e se gostaria de dizer mais alguma coisa.

Por meio deste instrumento, o psicólogo poderá colher informações que serão úteis para o entendimento do modo como o avaliando se posiciona diante de suas emoções, seus níveis de adaptação e controle, bem como sua capacidade de percepção.

A técnica projetiva de desenho H-T-P (Casa – Árvore – Pessoa) foi criada em 1948 por John N. Buck e tem como objetivo compreender aspectos da personalidade do indivíduo e a maneira como este interage com as pessoas e com o meio.

O H-T-P é um instrumento que pode ser utilizado em crianças a partir de oito anos de idade, no qual é proposta a confecção de três desenhos a mão livre, com lápis preto – casa, árvore e pessoa. Na realização deste método, há também um inquérito relativo a cada desenho. De maneira opcional, o psicólogo poderá solicitar ao avaliando que faça novamente os três desenhos, porém utilizando giz de cera (Buck, 2009).

Tanto o Teste das Pirâmides Coloridas como o H-T-P são instrumentos capazes de proporcionar aos psicólogos uma forma possível de diálogo com as crianças, uma vez que tais métodos permitem à criança, de forma lúdica e de certa forma mais natural se comparados aos testes chamados “objetivos”, se posicionarem de maneira particular, pessoal, ao que é pedido pelo teste e, especialmente, de serem escutadas.

Outro aspecto que merece destaque é o fato do método projetivo possuir um inquérito posterior à tarefa solicitada, como é o caso do H-T-P. Este momento propicia ao psicólogo capturar os motivos que levaram o avaliando a proceder de tal forma diante do estímulo apresentado, de modo a compreender melhor a dinâmica do sujeito, os conteúdos latentes e aspectos de sua personalidade.

Contudo, há que se considerar o fato de tais profissionais estarem engajados em uma atuação não mecanicista e reducionista, que não esteja pautada única e exclusivamente na utilização da técnica pela técnica. “O sonho, o desenho, ou o jogo apresentam-se ao psicanalista como uma espécie de linguagem cifrada, a ser decifrada por uma certa postura de observação” (Souza, 2011, p. 209).

Corroborando com isto Mannoni (1981), citado por Souza (2011), o qual entende que os testes são instrumentos capazes de favorecer o diálogo, sendo o meio, e não um fim. É no discurso do sujeito que ele se atenta principalmente. A respeito disto, pontua-se como às crianças muitas vezes é negado, historicamente, o direito de falar e os métodos projetivos podem ser uma via para esta escuta.

É importante ressaltar que ao se propor utilizar um método projetivo, outros instrumentos de investigação poderão ser utilizados. Como em uma avaliação psicológica, o profissional deve coletar dados de outras fontes, também de extrema relevância, como é o caso das entrevistas, observações e aplicação de outras técnicas, se assim o fizer necessário. Buck (2009), no manual do teste H-T-P, alerta a necessidade de fontes adicionais de informações para uma melhor compreensão dos dados extraídos.

Destaca-se que independente do instrumento a ser utilizado pelo psicólogo, este deve ter embasamento teórico, a fim de saber articular os dados coletados com conhecimentos teóricos, e total domínio da técnica, ponderando em quais circunstâncias deve ser aplicada, a preparação do ambiente, a relação estabelecida com o avaliando, o modo de aplicação e correção, e o uso das informações coletadas, tendo como prioridade o bem-estar do examinando, de modo a não compactuar com formas excludentes e preconceituosas de atuação.

Considerações finais

Tendo em vista os aspectos abordados, a literatura aponta como os métodos projetivos representam um vasto campo para ser utilizado e estudado, bem como uma metodologia capaz de possibilitar a criança se posicionar ativamente diante do que é solicitado.

Ao psicólogo cabe à responsabilidade de superar o modelo centrado na dicotomia saúde versus doença, normal versus anormal, caracterizado pela aplicação de testes, muitas vezes, sem a devida contextualização. Compete a este profissional uma postura mais reflexiva, na qual considere questões econômicas, sociais e culturais do contexto no qual o avaliando está inserido.

É importante ressaltar que, como qualquer estudo, este também possui limitações. Cita-se como exemplo o fato de ter priorizado apenas dois métodos projetivos, dentre tantos disponíveis.

A título de conclusão, ressalta-se a necessidade de capacitação e formação constante de todos os profissionais que atuam neste contexto, a fim de que se favoreça cada vez mais um atendimento de qualidade e coerente às reais necessidades da criança. Cabe ressaltar que todo o instrumento, por mais válido que seja, faz-se necessário dominar, além de sua aplicação, a interlocução com o conhecimento.

Referências

- Anzieu, D. (1984). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. (2a ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Buck, J. N. (2009). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho guia de interpretação*. (2a ed.). São Paulo: Vetor.
- Cardoso, L. M. & Capitão, C. G. (2007). Avaliação psicológica de crianças surdas pelo Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF*, 12(2), 135-144. Recuperado a partir de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000200002>.
- Cohn, C. (2009). *Antropologia da criança*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução nº 002/2003 e 007/2003*. Recuperado a partir de <http://satepsi.cfp.org.br/legislacao.cfm>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Resolução nº 010/05*. Recuperado a partir de <http://satepsi.cfp.org.br/legislacao.cfm>.
- Frota, A. M. M. C. (2007, abril). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, 7(1), 147-160.
- Miguel, F. K. (2014, abril). Mitos e verdades no ensino de técnicas projetivas. *Psico-USF*, Bragança Paulista, 19(1), 97-106. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a10v19n1.pdf>.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rovinski, S. L. R. (2011). O Rorschach e as técnicas projetivas no contexto forense. In: A. E. de Villemor-Amaral & B.S.G Werlang (orgs.). *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica* (pp. 107-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, A. S. L. de. (2011) O desenho como instrumento diagnóstico: reflexões a partir da psicanálise. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, 61(135), 207-215. Recuperado a

partir de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000200007&lng=pt&nrm=iso>.

- Villemor-Amaral, A. E. de. (2008). A validade teórica em avaliação psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(1), 98-109. Recuperado a partir de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000100008>
- Villemor-Amaral, A. E. de. (2014). *As Pirâmides Coloridas de Pfister versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E. de. (2015). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. (3a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E. de, Pardini, P. M., Tavella, R. R., Biasi, F. C. & Migoranci, P. B. (2012). Evidências de validade do teste de Pfister para avaliação de crianças. *Avaliação Psicológica*, 11(3), 423-434. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000300009&lng=pt&tlng=pt.
- Vilemor-Amaral, A. E. de, Silva, T. C. da, & Primi, R. (2002). O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister e o transtorno obsessivo compulsivo. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 133-139. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000200006&lng=pt&tlng=pt.

Técnicas projetivas com idosos: Revisão de literatura de artigos publicados no Brasil

Camila Reichert

Silvana Alba Scortegagna

Universidade de Passo Fundo

Resumo: Estudos que sintetizam informações derivadas de estudos empíricos contribuem para o desenvolvimento científico da área, tanto no campo da pesquisa quanto da clínica. Este estudo revisou a produção científica brasileira sobre a avaliação psicológica de idosos com o uso de Técnicas Projetivas (TP), no período entre janeiro de 2011 a março de 2016. Foram consultadas as bibliotecas digitais Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar, utilizando-se as palavras-chave “testes projetivos” e “idosos”. Dos 151 registros restaram 8 artigos, que buscaram avaliar quadros de demência, depressão, e transtorno de personalidade narcisista. As Técnicas de Apercepção Temática (TAT), de Apercepção Temática para Idosos (SAT), e o Teste das Pirâmides coloridas de Pfister (TPC), foram os instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados. As TP auxiliaram na confirmação de diagnósticos, e demonstraram peculiaridades no funcionamento mental dos idosos. Mesmo que limitados, os resultados são informativos e valiosos para os grupos-chave que representam.

Palavras-chave: *Avaliação psicológica, envelhecimento, personalidade, velhice.*

Introdução

O desenvolvimento de testes psicológicos surgiu na China há cerca de 3000 anos e mais fortemente em alguns países ocidentais no século XX (Shiraev, 2011). No Brasil, o uso de instrumentos na avaliação psicológica iniciou com a importação de testes dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, em 1914. A partir de 1980, os psicólogos pesquisadores criaram laboratórios dedicados à construção, adaptação, validação e normalização dos testes à luz da realidade brasileira.

Na avaliação psicológica da personalidade, dois grandes grupos de instrumentos são frequentemente identificados: os de autorrelato e as técnicas projetivas. As escalas, os inventários e questionários, são baseados no autorrelato sobre a experiência e os sintomas e, portanto, são mais diretas e suscetíveis à maneira como o indivíduo se percebe e à manipulação intencional (Luxenberg & Levin, 2004). Os métodos projetivos possibilitam a expressão de si mesmo de modo indireto, mais livre do controle deliberado, e revelam especificidades do mundo interno (Exner & Sendin, 1999), a partir de respostas verbais a estímulos pouco estruturadas, e de tarefas escritas ou gráficas.

Uma das razões para o uso das técnicas projetivas é permitirem expressar questões que seriam difíceis de verbalizar na entrevista e por meio do autorrelato. Por exemplo, o uso de testes temáticos com idosos vulneráveis, fragilizados, doentes, sobrecarregados pelas vivências de abandono em um ambiente institucionalizado, pode ser fundamental para possibilitar a expressão de suas preocupações e necessidades, por

meio do deslocamento e/ou da projeção, em personagens ou situações concretas representadas nos cartões (Verdon, 2011).

A projeção como um conceito psicanalítico é um mecanismo defensivo por meio do qual se pode expulsar do psiquismo conteúdos conflitivos, ambivalentes, desagradáveis, inaceitáveis, temerosos, e incompatíveis com o ego (Freud, 1950/2006). Em escritos posteriores, Freud (1913/2006) desenvolveu a ideia de que a projeção ocorre não só em situações de conflito, mas também seria um mecanismo da personalidade saudável.

A compreensão de um desenho é em grande medida análoga ao estado e funcionamento do psiquismo, podendo constituir-se em uma representação de objeto, pessoa ou situação real como, também, uma ideia, um desejo (Andrade, 2013). Na técnica projetiva *House-Tree-Person* (HTP) de Buck (2003) é solicitado que a pessoa desenhe, em folhas distintas, uma casa, uma árvore e uma pessoa. A interpretação da localização do desenho, dos detalhes e da qualidade da linha, entre outros parâmetros, permite obter indicadores de como o indivíduo percebe o seu meio e como reage diante dele.

Uma outra técnica projetiva gráfica, é o teste de Desenho-Estória com Tema (D-E-T) de Trinca (1976), um recurso mediador-dialógico que visa por meio do rabisco, desvelar questões angustiantes, mediante a criação de um ambiente lúdico e flexível. Pede-se à criança que faça um desenho sobre um tema específico e conte uma estória sobre o que desenhou. Na sequência, realiza-se um inquérito e indaga-se sobre o título da produção.

A avaliação da personalidade pode ser conduzida, também, por meio de técnicas como o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) de Villemor-Amaral (2012) e o Teste de Apercepção Temática (TAT) de Murray (1995). Entre os demais instrumentos encontram-se o método de Rorschach e o teste de Zulliger, em diversas abordagens. Dentre àquelas que reúnem conceitos de psicometria e projeção destacam-se o Rorschach no Sistema Compreensivo (RSC) de (Exner, 2003) e o Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC) de Villemor-Amaral & Primi, (2012).

O TPC é especialmente útil na avaliação da dinâmica afetiva, sobretudo em pessoas com dificuldades de expressão verbal. Em sua aplicação são disponibilizados ao respondente quadriculos de 10 cores, subdivididas em 24 tonalidades, para que construa três pirâmides que lhe pareçam bonitas, e justifique sua escolha. A estrutura de

formação da pirâmide e a eleição das cores são valiosos indicadores do funcionamento da personalidade.

O método de RSC consiste em 10 cartões com manchas de tinta, sendo cinco delas em branco e preto, duas que contêm a cor vermelha, e as outras três policromadas. A interpretação das respostas dadas a cada cartão, considera a parte da mancha visualizada pelo avaliado, os determinantes, o uso ou não de partes da mancha que contêm cor, a expressão de respostas movimento, de forma, os conteúdos verbalizados, dentre outros.

Semelhante ao método de RSC, o teste de ZSC (Villemor-Amaral & Primi, 2012) é constituído por três cartões com manchas de tinta, o primeiro em cores preto e branco; o segundo com cores vermelho, verde, marrom; o terceiro contendo cores preto, branco, vermelho. A administração dos dois instrumentos consiste em apresentar um cartão de cada vez, perguntando com o que as manchas de tinta se parecem. Após os cartões serem mostrados e as devidas respostas terem sido anotadas, realiza-se um inquérito repassando cada um dos cartões, e de questões que esclareçam onde a pessoa viu o conteúdo verbalizado e o que fez com que se parecesse com aquilo que foi dito.

Um teste projetivo desenvolvido para investigar problemas específicos do envelhecimento e as atitudes e preocupações das pessoas idosas em relação as questões mais centrais da velhice é a Técnica de Apercepção para Idosos (*Senior Apperception Technique*, SAT) de Bellak e Abrams (2012). Esta técnica consiste em contar histórias a partir de estímulos figurativos ambíguos, presentes em 17 cartões. Na administração do instrumento, as figuras são apresentadas uma por vez com a seguinte instrução: *Observe esta figura e conte uma história sobre ela*. Excepcionalmente na figura 16, o examinador deverá dizer: *Esta é uma figura de uma pessoa que está dormindo e sonhando. Conte em detalhes, o que ela está sonhando, imagine um sonho significativo*. A interpretação dos resultados é baseada na percepção, motivação, sentimentos, perspectivas para o futuro.

Todos estes instrumentos de avaliação psicológica são amplamente aplicados em diversos contextos, com amostras predominantemente de crianças, jovens e adultos. Porém, com os idosos ainda não se tem muita clareza do que está sendo realizado com o uso das TP.

Pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO, 2012) consideram-se idosos os indivíduos com idades a partir dos 60 anos, nos países em desenvolvimento, e 65 anos nos países desenvolvidos. Entretanto, a passagem para a

velhice não é apenas cronológica, mas constitui-se por um conjunto de atributos despertados com o processo de envelhecimento (Neri, 2005). Nesta fase da vida, ocorrem diversas alterações físicas, emocionais, funcionais, socioeconômicas, que podem incidir em condições de maior vulnerabilidade. Os idosos são mais propensos, por exemplo, a desenvolver demência, incluindo a doença de Alzheimer e apresentarem depressão (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman & Bruce, 2010). Portanto, é importante e necessário analisar a produção científica brasileira sobre a avaliação psicológica desta parcela da população, a partir de técnicas menos invasivas.

Método

Estudos de revisões da literatura são caracterizados pela análise e síntese da informação disponibilizada pelos trabalhos relevantes publicados sobre um determinado tema, de forma a resumir o corpo de conhecimento existente e levar a concluir sobre o assunto de interesse (Cooper & Hedges, 1994). Para o presente estudo, foram realizadas consultas às seguintes bibliotecas digitais: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar, utilizando as palavras-chave “testes projetivos” e “idosos”.

A busca resultou em 151 registros, avaliados conforme os seguintes critérios de elegibilidade: i) Textos produzidos no Brasil entre os meses de janeiro de 2011 a março de 2016; ii) Estudos realizados somente com idosos, sem inclusão de outras faixas etárias. Como critérios de exclusão foram considerados: i) Textos escritos ou traduzidos para o português, mas produzidos em outros países; ii) Estudos não condizentes com a temática proposta.

Após a leitura dos textos e verificação de duplicidade, foram selecionados um total de 7 artigos que se encaixaram nos critérios de elegibilidade deste estudo. Procedeu-se, então, uma análise descritiva dos dados contemplando variáveis relacionadas ao autor, título do artigo, objetivo, método, instrumentos e resultados.

Resultados e Discussão

A leitura e a análise de todos os artigos na íntegra possibilitou a verificação e sistematização dos dados em vários elementos de investigação, separados em aspectos formais e de conteúdo. Na Tabela 1 constam os artigos brasileiros com o uso de TP nas avaliações de idosos, publicados nas bases de dados elencadas para este estudo:

Tabela 1 – Descrição dos estudos brasileiros com o uso de técnicas projetivas com idosos (2011-2016)

Autor	Título	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Resultados
Salles (2014)	O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico com idosos deprimidos na clínica social	Verificar o potencial do psicodiagnóstico interventivo como recurso terapêutico para idosos depressivos	Dois idosos, com idades de 60 anos e mais, uma mulher e um homem	SAT e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS).	O psicodiagnóstico é um importante recurso para o atendimento psicológico em instituições comunitárias. Permite diagnósticos mais precisos, encaminhamentos mais coerentes, e uma intervenção breve que pode ser resolutiva para casos de menor gravidade.
Dallagnol; Schmidt; Argimon (2014)	Estados Emocionais de Idosas a Partir do Teste de Apercepção Temática	Investigar estados emocionais em 10 idosas de 70 a 80 anos, participantes de um grupo de terceira idade,	10 idosas, de 70 a 80 anos de idade	TAT, Mini Exame do Estado Mental, e um questionário sociodemográfico .	As idosas possuem o desejo de se manterem ativas, felizes e altruístas, com necessidade de valorização, apoio e ajuda, mas também têm ansiedades vinculadas ao medo de perdas, solidão, dependência, sentimento de incapacidade e preocupação em relação ao futuro.
Regis (2014)	Efeitos da meditação na autoimagem de idosos	Avaliar os efeitos da prática de meditação na autoimagem de idosos, analisando conteúdo verbal e conteúdo gráfico	14 idosos, com 60 anos e mais, de ambos os sexos	Entrevista e Procedimento de Desenho-Estória com Tema	Foram observadas mudanças significativas na expansão da autoimagem e na espontaneidade.

Gil; Tardivo (2013)	A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos	Apresentar a Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como método psicoterapêutico dirigido a idosos, e verificar seu alcance e seus benefícios para esse grupo.	Seis idosos de 65 a 79 anos de idade, cinco mulheres e um homem	Entrevistas, instrumentos de Qualidade de Vida e de Depressão, SAT	A proposta mostrou-se eficaz, promovendo o crescimento emocional dos participantes.
Pozzi; Boff, (2013)	Psicodiagnóstico no Idoso e suas Particularidades	Psicodiagnóstico de idosos com sintomas de demência e história de alcoolismo (síndrome de Wernicke-korsakoff)	Uma mulher com 75 anos de idade	Testes psicométricos e projetivos HTP e TAT	O psicodiagnóstico se mostrou esclarecedor, revelando problemas além da queixa inicial da paciente, mas deve ser apenas a porta de entrada para outros tratamentos
Bastos-Formighieri; Pasian (2012)	O Teste de Pfister -TPC em idosos	Elaborar padrões normativos do TPC para idosos, caracterizando o funcionamento afetivo na velhice, e aprimorar a avaliação psicológica com idosos brasileiros.	100 idosos, de 60 a 75 anos, de ambos os sexos	TPC	A hipótese de existirem diferenças entre idosos e adultos foi reforçada, bem como a necessidade de padrões normativos para esta população.
Abrahão (2012)	Aspectos Psicodinâmicos e Contribuições do Psicodiagnóstico no Transtorno de Personalidade Narcisista na Terceira Idade	Caracterizar os aspectos relativos às manifestações clínicas e de organização da personalidade de idosos com Transtorno de Personalidade Narcisista TPN	Duas mulheres, com 60 e 74 anos de idade	Método de Rorschach e TPC	Os testes projetivos confirmaram o diagnóstico de TPN, e apontaram que o processo de envelhecimento acentua a utilização de defesas desta natureza, agravando a vulnerabilidade aos acontecimentos da vida e favorecendo um prejuízo no funcionamento e na adaptação à realidade

A análise dos 7 artigos evidenciou uma predominância de estudos publicados nos anos de 2014 (n=3), 2013 (n=2) e 2012 (n=2). As publicações derivam fundamentalmente de artigos procedentes de periódicos. Em sua maioria, são estudos qualitativos que utilizaram TAT e SAT (n=4); e o TPC (n=2).

Os estudos de psicodiagnóstico (n=4) contemplaram temáticas sobre demência, depressão, transtorno de personalidade narcisista, terapia em grupo. Outros estudos recaíram sobre avaliações da percepção dos idosos sobre algum tema (n=2).

O uso das TP foi particularmente útil para elucidar questões diagnósticas, e na ausência de condições do idoso relatar sua situação. O estudo de Pozzi e Boff (2013), objetivou realizar um psicodiagnóstico de uma idosa com sintomas de demência e história de alcoolismo. O quadro demencial foi diagnosticado como síndrome de Wernicke-Korsakoff, e o auxílio do HTP e TAT, entre outros instrumentos, foram essenciais na avaliação diagnóstica, o que trouxe alívio às angústias da paciente, além de possibilitar o encaminhamento para o tratamento efetivo.

No estudo de Abrahão (2012), o objetivo foi caracterizar às manifestações clínicas e de organização da personalidade de duas mulheres idosas, por meio do TPC e o método de Rorschach. Os dados do TPC evidenciaram ausência de indicadores de depressão; enquanto que no método de Rorschach houve a presença de recursos cognitivos não plenamente utilizados, bem como uma estrutura de personalidade marcada por defesas narcisistas, como idealização e projeção, caracterizando uma personalidade frágil. O psicodiagnóstico foi elucidativo ao evidenciar que as pacientes previamente diagnosticadas com Transtorno Depressivo Recorrente possuíam, na verdade, um Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN).

As dificuldades dos idosos em lidar com o descompasso entre o esquema corporal que não mais acompanha a imagem corporal, foram abordadas em outras pesquisas. Os idosos revelaram ansiedades vinculadas ao medo de perdas, solidão, dependência, sentimento de incapacidade e preocupação em relação ao futuro (Dallagnol, Schimidt, Argimon, 2014; Regis, 2014). Tais achados podem estar relacionados as várias mudanças que ocorrem nesta etapa da vida, bem como aos temores e angústias da própria finitude (Neri, 2005).

Nos resultados da pesquisa de Bastos-Formighieri e Pasian (2012), os idosos sinalizaram necessitar das defesas psicológicas em nível diferente dos adultos, de forma a conseguirem preservar sua estrutura interna e adequarem-se ao ambiente. Pode-se dizer que as evidências empíricas são sugestivas da necessidade de se tratar os idosos diferentemente dos adultos, para a análise e a interpretação dos resultados. Salles (2014) destaca, ainda, que é preciso dar maior distinção a esta população na academia.

Alguns idosos demonstram preocupações em se manterem ativos exercendo papéis sociais e familiares (Dallagnol et. al, 2014). Entretanto, os idosos oscilam entre

momentos que impelem atitudes mais ativas e os de maior fragilidade, especialmente quando percebem suas limitações pessoais e a falta de recursos internos e externos para lidarem com as demandas quotidianas, o que os leva a necessidade de apoio.

Nessa perspectiva, de avaliar aspectos que remetem à fragilidade, destaca-se o uso TP que possibilita compreender tendências subjacentes que o indivíduo, por vezes, não deseja aceitar ou que remetem ao inconsciente. Observa-se que as respostas dos idosos às TP refletem suas próprias experiências passadas e anseios presentes, expressam sua forma de sentir e agir. No estudo de Dallagnol et. al. (2014), por exemplo, as idosas se identificaram diretamente com os quadros e revelaram questões pessoais nas histórias contadas. No estudo de Salles (2014), o SAT possibilitou contato com aspectos latentes da personalidade, que puderam ser integrados na relação terapêutica.

Depreende-se, assim, que os achados com o uso de TP contribuem com a área da avaliação psicológica no contexto sociocultural contemporâneo de nosso país, considerando o crescente aumento de idosos. Notadamente, o uso destes instrumentos auxiliam com a compreensão dos aspectos emocionais desta população, sugerindo ações e encaminhamentos mais apropriados e efetivos. Os estudos mostram que os idosos que possuem uma boa estruturação de personalidade, possuem maior flexibilidade para lidar com as pressões internas e externas e assim, conseguem manter um equilíbrio emocional frente às mudanças.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu identificar as tendências da produção científica brasileira dos últimos cinco anos sobre a avaliação psicológica de idosos, a partir de TP. Os estudos elencados avaliaram quadros de demência, depressão, e transtorno de personalidade narcisista, com o uso de técnicas temáticas (TAT, SAT) e do TPC. As TP auxiliaram na elucidação e confirmação de diagnósticos, na compreensão do funcionamento mental dos idosos, trazendo contribuições para melhor direcionar ações interventivas.

Embora estes dados sejam valiosos para os grupos-chave que representam, são apenas um passo a tudo que ainda precisa ser explorado sobre o tema. Por fim, para avigorar os achados, novos estudos de revisões de literatura são necessários, contemplando um período mais extenso e com o acréscimo de outras bases de dados.

Referências

- Abrahão, M. S., & Osório, F. de L. (2012). *Aspectos Psicodinâmicos e Contribuições do Psicodiagnóstico no Transtorno de Personalidade Narcisista na Terceira Idade*. Trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento Profissional em Psicologia e Saúde Mental do Hospital das Clínicas. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Andrade, J. (2013). Manifestaciones proyectivas de conflicto psicológico en el dibujo de la figura humana de niños y niñas desplazados en Colombia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 5 - 40.
- Bastos-Formighieri, M. de S., & Pasian, S. R. (2012). O Teste de Pfister em idosos. *Avaliação Psicológica*, Itatiba, 11(3), 435-448.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (2012). *SAT - Técnica de apercepção para idosos*. (M. C. de V. M. Silva, Trad.). São Paulo: Vetor.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. E., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 489-496. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.35.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa. Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação*. (1ª ed.). São Paulo: Vetor.
- Cooper, H., & Hedges L.V. (1994). *The Handbook of Research Synthesis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Dallagnol, C., Schmidt, E., & Argimon, I. (2014). Estados Emocionais de Idosas a Partir do Teste de Apercepção Temática. *Psico*, 45(1), 73-82.
- Exner, J. E. Jr. & Sendin, C. (1999). *Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system*. (4ªed.). Volume I: Basic foundations. New York: Wiley.
- Freud, S. (1913/2006). Totem e tabu. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição standard brasileira (Vol. 13, pp. 11–163). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1950/2006). Rascunho H: Paranoia. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição standard brasileira (Vol. 1, pp. 253–258). Rio de Janeiro: Imago.

- Gil, C. A., & Tardivo, L. S. L. P. C (2013). A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 19-27. doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v19n1-2p19-30
- Luxenberg, T. & Levin, P. (2004). The Role of the Rorschach in the Assessment and Treatment of Trauma. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 2 ed. (pp. 190-225). New York: Guilford Press.
- Murray, H. (1995). *Teste de Apercepção Temática: T.A.T.* (J. de S. e Melo, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. (2a ed.). Campinas: Alínea.
- Oakland, T. (2009). How universal are test development and use? In E. Grigorenko (Ed.), *Assessment of abilities and competencies in an era of globalization* (pp. 1–40). New York, NY: Springer
- Pozzi, S., & Boff, C. (2013). Psicodiagnóstico no Idoso e suas Particularidades. *Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 14, 69-86.
- Regis, C.E. (2014). *Efeitos da meditação na autoimagem de idosos*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Salles, R. J. (2014). *O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico com idosos deprimidos na clínica social*. 118f. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Shirayev, E. (2011). *A History of Psychology: A Global Perspective*. Los Angeles, CA: Sage.
- Trinca, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte: Interlivres.
- Verdon, B. (2011). The Case of Thematic Tests Adapted to Older Adults - On the Importance of Differentiating Latent and Manifest Contents in Projective Tests. *Rorschachiana*, 32, 46–71. doi: 10.1027/1192-5604/a000015
- Villemor-Amaral, A. E. (2012). *As pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E., & Primi R. (2012). *Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo ZSC: forma individual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

World Health Organization – WHO (2012). *The Bulletin series: ageing and health*. Recuperado em 27 de junho, 2016, de http://www.who.int/bulletin/ageing_and_health/en/

Foundations of Therapeutic Assessment and the Important Role of Projective Techniques

Hale Martin

University of Denver (Denver, Colorado)
Therapeutic Assessment Institute (Austin, Texas)

Abstract: Therapeutic Assessment is an innovative application of psychological assessment with the goal of having a therapeutic effect on clients. Research shows that the therapeutic effect can be highly significant and enduring, and some believe Therapeutic Assessment represents an important part of the future of psychological assessment. The approach is grounded in phenomenology and collaboration in an effort to provide clients with answers to their critical questions about their problems in living. The experience the client shares with the assessor in the search for understanding is an integral component. Projective techniques such as the Rorschach, Thematic Apperception Test, Wartegg Drawing Completion Test and Adult Attachment Projective Picture Story System are invaluable ways to create an emotionally potent experience for the client, which helps them see and feel important aspects of themselves. The hallmarks of Therapeutic Assessment include collaboration, curiosity, compassion, humility, openness, and respect. This presentation will explain the foundations of Therapeutic Assessment and describe the role of projective techniques in magnifying its effectiveness.

I am very happy to be here today to talk to you about Therapeutic Assessment and especially to focus on the enormous value that projective techniques offer to Therapeutic Assessment, which fundamentally aims to help our clients change through the assessment process. First I think it is important to give you a brief idea of what Therapeutic Assessment is. Then I want to address the value of projective techniques in this new paradigm of assessment. And finally I want to give you an example of how projective techniques are used in Therapeutic Assessment (TA).

TA emerged from the work of Constance Fischer who started the movement of collaborative assessment in the 1970s by understanding that a very powerful aspect of assessment is relationship: the relationship between the client and assessor and the relationship between the client and his/her experiences in life (Fischer, 1985). An optimal working relationship involves the client and assessor working together toward common goals and doing so with respect for each person's expertise (the assessor's expertise is in assessment and psychology; the client's expertise is in their self-knowledge and lived experience) as well as the limitations they both have. To be effective this relationship must also involve some letting go of the fear of being judged, some lessening of characteristic ways of coping to allow a client to focus on the essence of his life and being--we might say a willingness and effort to be honest and vulnerable with the assessor. Through this intimate relationship, the client and assessor share an important experience that can lead to change (Fischer, 1982). In recognizing this, Fischer was ahead of the intersubjectivity movement.

With this relationship established, the assessor then has the opportunity to understand how clients function and where they get stuck, and from this inside vantage point, to help clients make adjustments to get themselves unstuck. These new options are possible because they are developed collaboratively with the client and thus are intimately connected to the client's world. They start from places familiar to the client, and they accommodate the client's view. Although informed by the assessor's expertise as a psychologist, the new options are not prescribed by books or labels but by the phenomenological world of the client and his/her unique, lived experience (Fischer, 1985).

Fischer understood that psychological tests provide microcosms of the ways clients' live their lives, stimulating the feelings and behaviors typical of clients' everyday lives. Thus, they provide portals to clients' typical functioning that the assessor can then observe and invite clients to discuss. By noticing clients' behaviors and bringing important aspects to clients' attention (in the context of that optimal working relationship), the assessor can help clients become aware of aspects of themselves they had not been able to see before and new possibilities are opened. Working with the assessor, clients can then fashion new behaviors to more effectively address their problems in living.

Stephen Finn built on Fischer's work incorporating his own experience and understanding to develop a semi-structured approach to psychological assessment that he calls Therapeutic Assessment (Finn & Tonsager, 1997; Finn, 2007). Together Fischer and Finn have found ways to maximize an optimal working relationship in which "resistance" is minimized and the assessor and client can do the important collaborative work. The cornerstones of TA are collaboration, curiosity, compassion, humility, openness and respect—essential ingredients for an optimal working relationship (Finn, 2009). These ingredients are actualized first in allowing the client to determine the direction and goals of the assessment. This is done by inviting clients to formulate the essential questions they have about their difficulties that bring them to a psychologist to get help. This question formulation process begins to open them to the collaborative process. The assessor expressly affirms that they both bring valuable information to the work and that they need to work together to be successful.

After the focus of the assessment is established, tests are selected that address the client's individual questions, and testing is done to gather information critical to answering the client's questions. While standardized administration is followed, the

testing is not done blindly. The assessor pays close attention to what she observes in the room. When the client does or says something that is puzzling, after the administration is complete, the assessor is free to bring that puzzle to the client's attention and to inquire about its significance and the client's understanding of it. In this way the assessor is gathering not only nomothetic data but also idiographic data.

When the testing has been mostly completed and the assessor has a good tentative idea what the answers to the client's questions are, the assessor devises an assessment intervention session. This session is designed to bring clients' problem behaviors actively into the assessment room. With the problem behavior in action, an optimal working relationship established and testing information about the client at hand, the assessor is in prime position to help the client discover critical insights into their problems in living. I will talk more in a moment about this assessment intervention session and the role of projective tests.

The assessment intervention session is a stepping-stone to the feedback session, or as we call it in TA, the summary/discussion session (to imply a two-way interaction). It helps the assessor test out her tentative case formulation, get the client's input, and puts the client in good position to incorporate aspects of the test findings that might otherwise have been difficult to grasp or hear. One other unique aspect of TA is the final written communication with the client. It is a personal letter that directly addresses the clients' questions, using their language and metaphors and is contextualized within their life experiences. This document avoids jargon and abstractions that often confuse clients and make the results feel remote and impersonal.

So you may be saying "this sounds reasonable, but does it really work?" The evidence has been accumulating over the past 24 years showing that it works very well. In fact, a meta-analysis of studies using psychological assessment as a therapeutic intervention showed that collaborative and therapeutic assessment had an overall effect size of .423 (standard deviation of .30), which is comparable to some much longer therapies (Poston & Hanson, 2010). Keep in mind that the meta-analysis included a broad range of studies, some as short as two sessions and some only adding feedback to the client to the traditional approach. So the results likely underestimate the effects of the complete Therapeutic Assessment model. Nevertheless, the authors of the meta-analysis concluded that, "Clinicians should ... seek out continuing-education training related to these models [of therapeutic and collaborative assessment]. Those who engage in *assessment and testing as usual* may miss out, it seems, on a golden

opportunity to effect client change and enhance clinically important treatment processes. Similarly, applied training programs in clinical, counseling, and school psychology should incorporate therapeutic models of assessment into their curricula, foundational didactic classes, and practica” (p. 210).

Let us now consider the critical contribution of the Rorschach Inkblot Method (Rorschach, 1943) and other projective techniques to Therapeutic Assessment. I see two major contributions. The first and most obvious is in gathering valuable information about the client that would otherwise be inaccessible. The second is providing excellent tools to activate our clients’ dynamics in the assessment room, such as in the assessment intervention session, briefly mentioned above.

It is a sad fact that, in the United States at least, assessment increasingly uses only interviews and self-report measures. Many training programs no longer teach the Rorschach or projective techniques. I think most of us would agree that this is foolhardy, and recent research tells us why. Many people who seek psychological services have significant histories of trauma, including developmental trauma, which can lead to insecure attachment, numerous problems in living, and difficulties in relationships. Recent neuroscience research studies by Asari et al (2010) and by Jimura et al (2009) using brain imaging fMRI techniques with subjects who viewed Rorschach inkblots, help us understand the value of the Rorschach in detecting the effects of trauma and how subjects’ brains operate when emotionally aroused. Another study using fMRI techniques by Buchheim (2005) tracked amygdala activation of women when presented with the stimuli of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP). This amazing study easily distinguished a group of women with resolved attachment status from a group of women with unresolved attachment status. Women with resolved attachment status show even amygdala activation across the eight increasingly arousing stimulus drawings; while for women with unresolved attachment status (who likely have histories of developmental or other trauma), the slope of the line plotting amygdala activation increases in dramatic linear fashion from under activation in response to low arousing stimuli to over-activation in response to the most emotionally arousing cards. What a powerful exhibition of the role of emotion regulation in developmental trauma!

These studies and others give us a glimpse of the neurobiological underpinnings of trauma, particularly the affect associated with it. By definition, trauma involves overwhelming emotional experiences, so it is not surprising that neuronal pathways

most affected by trauma are in the right hemisphere of the brain with strong connections to the limbic system. Thus, these networks are not directly connected to the language areas of the left hemisphere, so remain “split off” and inaccessible to client awareness—other than the powerful influence they exert on the person’s feelings and reactions, which are often very problematic. These unconscious influences are vitally important to understanding our client’s problems in living.

The Rorschach and other projective tests are irreplaceable in gaining access to the secrets hidden in the right hemisphere and limbic areas. Some clients who turn out to have early developmental trauma seem well-adjusted and results from self-report tests look normal, but they have problems in living that are puzzling, even to excellent therapists. Performance-based tasks are non-verbal, unstructured, interpersonal tests that stimulate emotional reactions and thus involve the right hemisphere and subcortical areas of the brain where the effects of trauma lie and where neural mechanisms related to emotional activation and modulation largely reside. By being able to see evidence of this split-off area of the client in the results of our performance based tests, we gain invaluable insight into the client’s problems that they cannot see. Without this information, the client remains victim of unseen influences. Fortunately, we have the opportunity to help clients understand their right hemisphere with their left hemisphere, bring the root of their problems to consciousness, and thus open possible new options they did not have before. TA is uniquely designed to help us accomplish this feat.

The second invaluable contribution to TA that the Rorschach and other projective techniques offer is providing tools to stimulate emotional reactions in the room, just like they did in the brain imaging studies mentioned above—but thankfully without the claustrophobic tube! TA uses this effect of projective tools to help clients see previously unseen aspects of themselves. This can be highly therapeutic, if done correctly. The assessment intervention session mentioned above is designed to do exactly this: Informed by test results, the assessor facilitates activation of the client’s habitual action patterns related to the client’s questions, and then invites the client up on the “observation deck” where the assessor and client discuss what happened and how it relates to the client’s problem in living. By this time in the TA process, the optimal working relationship is strong, and this helps the client see and experience things not previously possible.

In this session, the assessor administers a test or procedure that they believe will activate the client in particular ways. For example, the assessor may administer a

cognitive test that activates the client's anxiety about academic performance; or a drawing test that triggers perfectionistic tendencies. The client responds as he usually does in difficult situations, but the assessor helps him to see and understand his actions (using compassion and respect) and to find other ways of reacting. Generally, for emotional and interpersonal issues, particularly those based in split-off affect, a projective test is frequently used. Perhaps the most common test for this purpose is the Thematic Apperception Test (Murray, 1943), which activates the right hemisphere as clients make up stories about pictures that have been selected to touch on feelings with which they struggle, such as frustration, despair, emptiness, anger and conflict. With the client's characteristic way of responding in the room, the assessor invites the client to step back and observe what is happening.

Staying very close to the client's experience, the assessor leads the client and at the same time follows the client to a better understanding of what just happened. With enhanced insight, the assessor might then ask the client to tell a very different story that incorporates an important split-off emotion. This will again trigger the right brain and limbic system, which again can be observed and discussed. The obstacles to the emotion can be addressed. The assessor works therapeutically with the client's experience to move him to new territory. A strong "holding environment" created by the assessor-client relationship is essential during this work, to counteract clients' shame and to keep them from experiencing disintegration. If clients' split-off parts can be brought into awareness, where they can be seen, owned, and reintegrated, clients will have new options with which to approach "stuck points" in their lives. The resulting hopefulness, decrease in shame, and increase of self-compassion are powerful allies in the client's future growth. So is the experience of a collaborative, curious, compassionate, honest, open and respectful co-investigator.

Let me talk a few minutes about an assessment I did with a 21-year-old woman I will call Melissa. She was referred by her therapist who was puzzled by Melissa's struggles and wanted to get some insight into how to work effectively with her. Melissa had been a good student, but in college, loneliness had led her to drop out and return home. She now was trying to see a path forward for herself. She was excited to do the assessment, and we formulated five questions, largely reflecting her desire to know her IQ and why she was enduringly convinced she was a bad person. In fact, Melissa's belief that she was a bad person had been unshakable and was a primary reason her therapist had referred her for the assessment. Melissa was fully engaged in the testing

process and formed a good working relationship with me. With agreement about the focus of the assessment, she completed the Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition (WAIS-IV; Wechsler, 2008), Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Butcher et al, 1989), Rorschach (using the Exner Comprehensive System; Exner, 2003), Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George & West, 2012), Wartegg Drawing Completion Test, Crisi System (Crisi, 2014), and Early Memories Procedure (Bruhn, 1995), among other tests.

The WAIS-IV results indicated she had a suburb intellect with an IQ of 135 (her lowest index score was on Processing Speed at 117). The MMPI-2 showed significant elevations on all scales except Scale 5 and 0, and had a somewhat gullwing configuration, indicating endorsement of a lot of issues. On the Rorschach she gave 38 responses but had a Lambda of 1.71, suggesting engagement in the test while at the same time keeping a distance from it. While the results showed an abundance of resources (EA = 14; D and Adj D = +3), the results also reflected a number of issues, including poor emotional regulation (FC:CF+C = 2:5 with 2 pure C responses), strong unmet dependency needs (4 Food responses! and T = 0), a tendency to intellectualize (2AB+Art+AY = 5), cognitive rigidity (a:p = 9:2; PSV = 2), underachievement (W:M = 9:7), and some possible ideational issues (WSUM6 = 26).

To demonstrate the value of some of the newer performance-based tests, let me point out that the AAP showed a dismissing attachment status, meaning that Melissa does not expect to have her needs met and tended to distances others and her emotions by various means such as academic pursuits and achievement motivation while at the same time, longing for connection. The AAP protocol also was categorized as “failed mourning,” a specific attachment concept derived from Bowlby suggesting she had hurts and disappointments in her life that she had not been able to resolve inside herself, and thus likely felt a constant undertone of loss and sadness. Most of the caregivers in Melissa’s stories were “functional” in nature (meaning they did what they had to do) without meaningful emotional connections. These results were very helpful in understanding the source of Melissa’s pain and issues—and gave additional meaning to the four food responses! as well as her tendency to intellectualize. I also saw Melissa’s cognitive rigidity as an effort to be functional herself rather to let herself delve into an emotional world that she felt no control over and for which she had little confidence in anything good happening. These findings also helped explain why she returned home from

college to be with a supportive family, now better equipped to be responsive to her emotional needs.

I also was informed by the Early Memories Procedure (Bruhn, 1995) which revealed a powerful early memory of desperately wanting to stay up at night with her parents after her bedtime, but being forced to go to bed alone and being shamed about her intense longing for more connection with her parents. Melissa remembered feeling abandoned and bereft at being by herself while her parents were together. This memory hinted at her parents' harsh unresponsiveness to her emotional needs that seemed to have an early impact on her attachment experience, the result of which we see in the AAP.

The Wartegg Drawing Completion Test (WDTC), scored with the Crisi Wartegg System, also deepened my understanding of Melissa. As I have come to expect, it showed variations on some of the themes that the Rorschach indicated, but from a slightly different angle, thereby enriching the meaning. I think of this way of using multiple projective tests as similar to binocular vision, where different but converging perspectives makes it possible to see 3 dimensionally and offers a much richer view. A blind interpretation of Melissa's WDTC by Alessandro Crisi indicated there were many issues, but there were also strengths: signs of intact reality testing and effective engagement with her environment and with others (which eased my concern about the high WSUM6 on the Rorschach), good functional energy, and low suicidal tendency. In addition, her intelligence (as estimated by the WDCT) was high; however, similar to the Rorschach's indication of underachievement, the WDCT suggested that psychological issues impaired the expression of her full intellectual abilities. There were strong indications on the WDCT of inner tension and a high level of discomfort. There were also signs that Melissa was exquisitely sensitive to her surroundings and the needs of those around her, and that she did not have strong defenses to protect her from those in her environment. Thus, she was easily wounded. This vulnerability, in combination with the dependency traits the WDCT showed, left her in the difficult position of being dependent on other people's wisdom. Not surprisingly then, there were indications of hypervigilance. However, the results also showed that she worked to hide her suspicions behind a façade of compliance. Dr. Crisi concluded that like an iceberg, much of this client was below the water and unseen, with only the façade of accommodation visible.

As you can see the WDCT added important parts of the puzzle and with the results from all the testing, including three penetrating performance-based personality

measures, I felt well-informed about possible answers to Melissa's questions. But first I wanted to see how this all worked for her and to give her the opportunity to discover some of the findings herself, so I planned the assessment intervention session.

As discussed above, the assessment intervention session is planned to trigger important issues related to the client's questions, but there is no way to control what actually emerges, so the assessor needs to be ready for what appears in the room. I expected compliancy with others would be a good trigger to activate Melissa's characteristic behaviors and feelings related to her question about her being bad and others being good. I hoped that once those were observed by both of us, I could then work to help her to try new behaviors (e.g., not be compliant), and both of us would observe what feelings this new behavior created. We would then try to find a viable new option for her that would allow her to get unstuck at least a little, which would hopefully lead to becoming increasingly unstuck.

To set up this intervention session, I selected the Thematic Apperception Test (TAT). I chose the cards that I thought would be most effective in approaching her issues (Cards 1, 2, 4, 3GF, 6GF, 7GF, 9GF, 13MF, and 16) and administered this test in the standardized manner. Melissa proceeded to tell stories devoid of any conflict or anger. I completed the ten cards and asked how the experience was for her, then asked what she noticed about her stories. She said they all seemed "family centric." I asked what she noticed about the feelings. She did not have an answer to this and asked what I meant. I asked about any anger or other feelings. She thought for a moment and finally said she didn't remember any anger in her stories. I asked her what she thought of that, and she replied that she does not like to think of herself as angry—but acknowledged that she probably gets angry or upset more than she thinks, and she added, "Anger is most often destructive and to be avoided." I asked what caused her to say that, and she told me how scary it was when her parents got angry, but she had no particular memory. This started an open discussion about her feeling that problems were her fault, not anybody else's fault, so she couldn't get angry with other people. She said she had no memories of being angry as a child, but with some thought she remembered instances when her older brother manipulated her out of her anger before she could tell her mother when he was being mean. Then she recounted an incident with her peers in which she did the right thing but was made out to be the bad person. She shuddered at what a confusing and horrible experience that was. She confessed that she learned from an early age that it was easier to blame herself than to get into that confusing and

“treacherous” area. She said, “It is easier to think I am bad than that everybody else is.” Finally, she acknowledged that it was probably important to learn as an adult to be angry at others because instead she usually got sad or angry at herself.

I then asked her if she would tell a different story to a picture showing a woman holding a man by the arms as he is turning away from her with an angry expression on his face (card 4). She told a very angry story about the woman holding the man back from a fight, and concluded it was “more wrathful than angry, he is out to get people.” After the story I asked what she was feeling. She answered that she was “stirred up.” We explored in what way she was stirred up, and she decided it was a scary feeling, but she eventually added that there was also something about it that felt exciting in a good way. We continued to process the feelings, what had happened in this session, and how she felt about the new option. I pointed out to her the relationship of this discussion to her question about why she was convinced she was a bad person, and I saw a smile come across her face. I finally asked her if there was a circumstance in her life at the current time, in which it might be appropriate to express a little anger. She thought a minute and came up with a situation that seemed to both of us like a good opportunity to dip her toe in the water. We discussed how she might do this in an appropriate way. She left feeling excited to try it out and seemed more than ready to escape a pattern that had haunted her since she was a little girl, although as we know, escaping those patterns takes a lot of work.

Thus, the TAT was the projective catalyst in triggering important feelings and behaviors in the assessment room. Working with these feelings as she was feeling them and after we had developed a good working relationship, was helpful to Melissa. It also paved the way for her to get more out of the summary/discussion session than she would have otherwise, and I like to think it got her unstuck in critical ways that allowed her to live a more satisfying and successful life.

In summary, Therapeutic Assessment offers new possibilities for our assessment work and promises to change the way assessment is taught and practiced. Projective tests are an integral component of TA, both as tools to gather deeply held information as well as a way to stimulate new possibilities for our clients.

Thank you for your interest and attention—and your willingness to struggle with my English so that I did not have to learn Portuguese. That would have taken a very long time. I invite you to the workshop I am offering in which we will explore more deeply how TA is done and follow a case to illustrate its main points.

References

- Asari, T.; Konishi, S.; Jimura, K.; Chikazoe, J.; Nakamura, N.; Miyashita, Y. (2010). Amygdalar modulation of frontotemporal connectivity during the inkblot test. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, Vol 182(2), pp. 103-110. Elsevier Science.
- Bruhn, A. R. (1995). Ideographic aspects of injury memories: Applying contextual theory to the Comprehensive Early Memories Scoring System—Revised. *Journal of Personality Assessment*, Vol 65(2), pp 195-236. Lawrence Erlbaum;
- Buchheim, A., George, C., Kachele, H. & Walter, H. (2006). Measuring Adult Attachment Representation in an fMRI Environment: Concepts and Assessment. *Psychopathology*: 50, 39(3), pp.136-43. Basel: S. Karger AG.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Crisi, A. (2014). The Wartegg Drawing Completion Test: A new methodology. In: *Drawings in assessment and psychotherapy: Research and application*. Handler, Leonard (Ed); Thomas, Antoinette D. (Ed). Routledge/Taylor & Francis Group; pp. 148-163.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system, Volume 1: Basic foundations and principles of interpretation, Fourth Edition*. John Wiley & Sons, Inc.: Hoboken, NJ.
- Finn, S. E. (2007). *In our clients' shoes: Theory and techniques of Therapeutic Assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Finn, S. E. (2009). What are the core values of Therapeutic Assessment? Retrieved from <http://www.therapeuticassessment.com>
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Fischer, C. T. (1982). Intimacy in psychological assessment. In M. Fisher & G. Stricker (Eds.). *Intimacy* (pp. 443-460). New York: Plenum.
- Fischer, C. T. (1985/1994). *Individualizing psychological assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- George, C. & West, M. L. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System: Attachment theory and assessment in adults*. New York, NY: Guilford Press.
- Jimura, K.; Konishi, S.; Asari, T.; Miyashita, Y. (2009). Involvement of medial prefrontal cortex in emotion during feedback presentation. *NeuroReport*: For

Rapid Communication of Neuroscience Research, Vol 20(9), pp. 886-890.
Lippincott Williams & Wilkins.

Murray, H.A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Poston, J. M. & Hanson, W. M. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203-212

Rorschach, H. (1943). *Psychodiagnostik* (5th ed.; P. Lemkau & B. Kroonenberg, Trans.). Berne, Switzerland: Verlag Hans Huber. (Original work published in 1921).

Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition*. San Antonio, TX: PsychCorp.