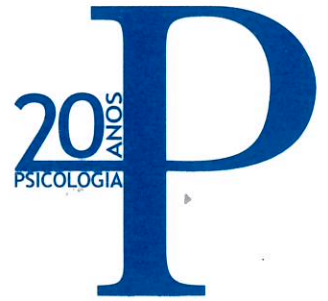


Volume 21 - Número 1  
Janeiro - Abril 2004



# Estudos de Psicologia



**PUC**  
CAMPINAS  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

ISSN 0103 - 166X

# ESTUDOS DE PSICOLOGIA

## Revista quadrimestral da Faculdade de Psicologia da PUC-Campinas

### Direção

Editora: Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral  
Secretário: Mauro Martins AmatuZZi  
Representante do Conselho Deliberativo: Vera E. Cury

### Conselho Editorial

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Anita Liberalesso Neri        | (Unicamp)   |
| Francisco Lotuffo Neto        | (USP)   |
| Isabel Cristina Dib Bariani   | (PUC-Campinas)  |
| José Vasconcelos Raposo       | (Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro) - Portugal |
| Maria Amélia Matos            | (USP)   |
| Maria Cristina de O. Miyazaki | (FAMERP E UNIP)                                       |
| Maria Martha Hübner           | (USP)   |
| Marilda E. Novaes Lipp        | (PUC-Campinas)  |
| Raquel Rodrigues Kerbauy      | (USP)   |
| Regina M. L. Lopes Carvalho   | (PUC-Campinas)  |
| Solange M. Wechsler           | (PUC-Campinas)  |
| Suely Salles Guimarães        | (Universidade de Brasília)                            |
| Vera Engler Cury              | (PUC-Campinas)  |
| Vicente E. Cabalho            | (U.Granada - Espanha)                                 |
| William B. Gomes              | (UFRGS)   |

### Consultores Ad-hoc

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| Ana Paula Porto Noronha     | (Universidade São Francisco) |
| Bruneide Menegazzo Padilha  | (PUC-Campinas)               |
| Diana Tosello Laloni        | (PUC-Campinas)               |
| Elisa Médici Pizão Yoshida  | (PUC-Campinas)               |
| Florianita Coelho B. Campos | (PUC-Campinas)               |
| Geraldina Porto Witter      | (PUC-Campinas)               |
| Karina Magalhães Brasio     | (PUC-Campinas)               |
| Mathilde Neder              | (USP)                        |
| Silvia Ancona-Lopez         | (UNIP)                       |
| Sônia Regina Loureiro       | (USP)                        |

### Apoio Técnico

Secretária: Elenilda Lisboa Paiva

*Estudos de Psicologia* é um periódico dedicado à publicação de relatos de pesquisa, artigos teóricos, comunicações breves, resenhas e cartas ao editor. Os artigos assinados são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo necessariamente o pensamento dos Editores.

### Apreciação dos Manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista Estudos de Psicologia deverão estar dentro das Normas de Publicação que seguem às indicadas pela American Psychological Association (APA), publicadas em 1994. Os trabalhos serão aceitos ou recusados com base nos pareceres do Conselho Editorial, ou de consultores ad-hoc.

### Direitos Autorais

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à revista Estudos de Psicologia e os originais, mesmo quando não aprovados, não serão devolvidos. Reproduções dos originais só podem ser realizadas mediante consulta e autorização prévia da Direção da revista.

### Endereço para envio dos Manuscritos

Os manuscritos, assim como toda a correspondência, inclusive solicitações de assinatura deverão ser encaminhados para a redação.

### Indexação

Indexada em:  
PsychINFO - American Psychological Association  
LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
Index Psic.

### Redação

A/C Revista Estudos de Psicologia - PUC-Campinas  
Av. John Boyd Dunlop s/nº - Jardim Ipaussurama  
Campinas - SP - CEP: 13059-900  
Fone: (019) 3729-8674 Fax: 3729-8532  
E-mail: [revista@puc-campinas.edu.br](mailto:revista@puc-campinas.edu.br)  
Home Page: [www.puc-campinas.edu.br/ccv](http://www.puc-campinas.edu.br/ccv)

# Estudos de Psicologia

---

Revista Quadrimestral da Faculdade de Psicologia - PUC-Campinas

Vol. 21  
Número 1  
Janeiro/Abril 2004

---

## SUMÁRIO

### *Artigos*

- 5 Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação  
*Dejenane Aparecida Pascoal Pereira, Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral*
- 25 Temperamento: onze anos de levantamento no Psychological Abstracts  
*Raquel Souza Lobo Guzzo, Isabel Cristina Riello, Ricardo Primi, Magali Serrano, Patrícia do Carmo Pereira Ito e Cristina Coutinho Marques Pinto*
- 33 Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola  
*Hélvia Cristine Castro Silva Perfeito e Sandra Augusta de Melo*
- 43 Conhecimento em avaliação psicológica  
*Ana Paula Porto Noronha e João Carlos Alchieri*
- 53 A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação  
*Maria Rita Zoéga Soares e Edda Bomtempo*
- 65 Interlocuções entre o plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo  
*Gohara Yvette Yehia*
- 73 O método de Rorschach e a psicopatologia fenômeno-estrutural  
*Anna Elisa de Villemor Amaral*

# Estudos de Psicologia

---

Revista Quadrimestral da Faculdade de Psicologia - PUC-Campinas

Vol. 21  
Número 1  
Janeiro/Abril 2004

---

## CONTENTS

### Articles

- 5 Children deressuin evaluation scale: a validity assesesment  
*Dejenane Aparecida Pascoal Pereira, Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral*
- 25 Temperament: Eleven Years of Searching in Psychological Abstracts  
*Raquel Souza Lobo Guzzo, Isabel Cristina Riello, Ricardo Primi, Magali Serrano, Patrícia do Carmo Pereira Ito e Cristina Coutinho Marques Pinto*
- 33 Improvement of the triage processes in a psychology clinical school  
*Hélvia Cristine Castro Silva Perfeito e Sandra Augusta de Melo*
- 43 Knowledge in Psychological Assessment  
*Ana Paula Porto Noronha e João Carlos Alchieri*
- 53 The hospitalized child na analysis of a psychological intervention program on the preparation for an inhalation medical procedure  
*Maria Rita Zoéga Soares e Edda Bomtempo*
- 65 Dialogue between psychological duty and collaborative assessment  
*Gohara Yvette Yehia*
- 73 The Rorschach method and the phenome-structural psychopathology  
*Anna Elisa de Villemor Amaral*

# ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO\*

## CHILDREN DEPRESSION EVALUATION SCALE: A VALIDITY ASSESSMENT

Dejenane Aparecida Pascoal PEREIRA<sup>1</sup>  
Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do AMARAL<sup>2</sup>

### RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo realizar um estudo de validação da "Escala de Avaliação de Depressão para Crianças" de Amaral e Barbosa (1990). Durante a realização da pesquisa a escala inicial foi modificada, obtendo-se quatro versões. Foi realizada análise semântica dos itens junto a duas amostras de crianças (N= 12 e N= 4). A seguir, quatro psicólogos clínicos e três psiquiatras analisaram a pertinência dos itens ao construto. E, finalmente, a escala foi aplicada à amostra de 362 estudantes, de escolas públicas e particulares, para o estudo da precisão e da validade de construto. Utilizou-se a análise fatorial exploratória; os índices de poder discriminativo dos itens, desvio-padrão e correlação corrigida item-total de Pearson; e o cálculo do Coeficiente Alfa ( $\alpha$ ), de Cronbach. Na compreensão semântica dos itens um item foi excluído e três foram reformulados. Não houve itens descartados na análise de juízes. Na análise fatorial exploratória observou-se que as quatro primeiras dimensões explicam 33,36% da variabilidade total dos dados, com autovalores acima de 1,4. Quatro itens foram descartados por apresentarem carga-fatorial menores do que 0,40. Na análise do poder discriminativo dos itens eliminaram-se seis itens com correlação item-total próximas de zero. A escala final ficou composta de 24 itens distribuídos segundo quatro fatores: resposta afeto-disfórico ( $\alpha= 0,70$ ); resposta afetivo-emocional com conteúdo de ansiedade ( $\alpha= 0,65$ ); resposta fisiológico-autônômica ( $\alpha= 0,56$ ); e resposta cognitiva com conteúdo de auto-estima ( $\alpha= 0,50$ ).

**Palavras-chave:** Depressão infantil, avaliação psicológica, instrumentos e medidas.

<sup>(1)</sup> Este texto é parte integrante da Dissertação de Mestrado de Dejenane Aparecida Pascoal Pereira realizada sob orientação de Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, defendida em setembro de 2002, na Faculdade de Psicologia do Centro de Ciência da Vida da PUC-Campinas.

<sup>(1)</sup> Mestre em Psicologia Escolar e Doutoranda em Psicologia pela PUC-Campinas, Docente da Universidade de Taubaté. Endereço para correspondência: Rua: Vereador Roberto Gelsomini, 154 – Barra Funda Guarujá/SP – Cep: 11410-400 E-mail: pereiradap@uol.com.br

<sup>(2)</sup> Professora Doutora em Psicologia no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

## ABSTRACT

*The aim of this survey is to perform a validity assessment of the "Children Depression Evaluation Scale" from Amaral and Barbosa (1990). Through the research, the initial scale has been modified, resulting in four versions. It has been carried out a semantic analysis of the items with two samples of children (N= 12 and N= 4). Subsequently, four Clinical Psychologists and three Psychiatrists analyzed the pertinence of the items to the construct. Finally, the scale was applied to the 362 students from public and private schools, for the study of the precision and the validity of the construct. It was used the exploratory factorial analysis; the discriminative power index of the items, standard-deviation and Pearson's item-total corrected correlation; and the Cronbach's Alfa Coefficient calculation ( $\alpha$ ). In the semantic comprehension of the items, one item has been excluded and three items reformulated. There has been no disregard items in the judges analysis. In the exploratory factorial analysis it has been observed that the first four dimensions explained 33,36% of the total variability of the data, with self values over 1.4. Four items were discarded due to presenting factorial-load under 0.4. In the discriminative power analysis of the items, six items were eliminated with total-item correlation close to zero. The final scale comprised 24 items distributed according to four factors: disforical affection response ( $\alpha= 0,70$ ); emotional-affective response with anxiety contort ( $\alpha= 0,65$ ); autonomous-physiological response ( $\alpha= 0,56$ ), and cognitive response with self-esteem content ( $\alpha=0,50$ ).*

**Key words:** *Child depression, psychological assessment, instruments, measurement.*

## INTRODUÇÃO

Os instrumentos psicológicos psicométricos são recursos científicos utilizados pelos profissionais psicólogos em diversas áreas da Psicologia como meio de auxílio em avaliações psicológicas, pesquisas científicas e mesmo no acompanhamento de tratamentos. A necessidade e a importância das medidas padronizadas são citadas na literatura nacional e internacional (Pereira, 2002). A principal razão para uso dos testes é descrever comportamentos ou outras qualidades importantes com precisão (Oakland, 1999).

Conforme Anastasi e Urbina (2000), "... a pergunta mais importante a ser formulada sobre qualquer teste psicológico refere-se à validade, isto é, o grau em que o teste realmente mede

aquilo que se propõe a medir" (p. 22). Para garantir a validade de um teste psicológico, é necessário que ele seja avaliado por meio de múltiplos procedimentos. Os testes utilizados para decisões importantes e que apresentam influência significativa na vida do sujeito freqüentemente são padronizados e mais cuidadosamente desenvolvidos (Oakland, 1999).

O ramo da Psicologia responsável pela construção e validação dos testes psicológicos é a Psicometria. Os testes psicológicos, os inventários, as escalas e outros estão incluídos na medida escalar, uma das formas de medida psicométrica bastante utilizada para medir traços de personalidade. Os fundamentos principais das medidas escalares são os parâmetros de medida (validade e fidedignidade). O conceito de

escala psicométrica é, geralmente, utilizado quando se visa escalonar estímulos que expressam um construto psicológico, como uma técnica de se fazer medida (Pasquali, 1996).

Na literatura científica há diversas escalas com o objetivo de avaliar a depressão, auxiliando na elaboração do diagnóstico juntamente com outros dados clínicos, cumprindo a função de detectar o grau de gravidade dos sintomas e acompanhando o resultado de tratamentos (Calil & Pires, 2000; Moreno & Moreno, 2000). Na literatura nacional há carência e necessidade de escalas para depressão infantil que sejam válidas para crianças brasileiras, e que avaliem a depressão em nosso contexto cultural (Pereira, 2002).

Em 1980, o distúrbio de humor em crianças foi incluído na categoria diagnóstica de doença psiquiátrica. Pode-se afirmar que os estudos referentes à depressão em crianças ainda se encontram em fase de desenvolvimento (Brown, 2000).

Este estudo teve como objetivo validar uma escala de depressão para crianças, partindo de um instrumento inicialmente elaborado por Amaral e Barbosa (1990) com a finalidade de estudar depressão em crianças queimadas.

### Diagnóstico da Depressão Infantil

As desordens depressivas em crianças e adolescentes são associadas freqüentemente a prejuízo do comportamento psicossocial e baixa do rendimento escolar. O diagnóstico da depressão infantil ainda é difícil de ser realizado, devido às suas variáveis funcionais e à justaposição que apresenta com outras psicopatologias da infância. As dificuldades em torno do diagnóstico da depressão também são presentes no caso de adultos e adolescentes. Isto também se deve a diversas classes de depressão existentes. Sistemas diagnósticos como o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e a CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento) têm sido desenvolvidos com o intuito de diminuir a variabilidade na interpretação dos sintomas

(Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996).

O DSM-IV e a CID-10 são os manuais diagnósticos usualmente citados na literatura científica, além de serem os mais aceitos. Porém, há clínicos que utilizam outras formas de diagnóstico da depressão: depressão exógena versus depressão endógena; depressão neurótica versus psicótica; depressão agitada versus retardada; depressão dupla e afetividade negativa (Miller, 1998).

O DSM-IV apresenta quatro tipos de depressão na seção de transtornos do humor: depressão maior, distímia, ciclotímia e desordem bipolar. Estes tipos de depressão são diagnosticados com base nos episódios apresentados pelo indivíduo, por exemplo: para o diagnóstico de depressão maior, o indivíduo deve apresentar um ou mais episódios depressivos. Os episódios são categorias que descrevem sintomas específicos. O DSM-IV lista quatro categorias de episódios do humor: episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco.

Na CID-10, os tipos de depressão listados sobre o bloco transtornos do humor (afetivos) são: transtorno afetivo bipolar; transtorno depressivo recorrente; e transtornos persistentes do humor (afetivos). Este bloco não apresenta diferenciações entre crianças, adolescentes e adultos. Nele se insere o episódio maníaco e o episódio depressivo.

Para Miller (1998), a depressão infantil é uma desordem cíclica com períodos intercalados de depressão e de bem-estar. Este autor, com base no diagnóstico da depressão no DSM-IV, enfoca dois tipos de episódios que uma criança ou adolescente com transtorno de humor pode experimentar: o episódio depressivo e o episódio maníaco. Em seguida, descreve os sintomas típicos da depressão infantil, citando quatro classes principais de distúrbios experimentados por crianças e adolescentes: 1) pensamento; 2) emoções; 3) comportamento e 4) processo fisiológico.

Nos sintomas do episódio depressivo, o autor destaca o caráter subjetivo e fenomenológico do pensamento. As crianças deprimidas pensam a partir de sua própria perspectiva. Esta condição relaciona-se a problemas de baixa auto-estima, culpa, vergonha e autocrítica, e podem ocorrer relatos de que são más e não merecem ser felizes. Outras condições verificadas são: dificuldade de concentração e de pensamento, pensamentos de morte e suicídio (pensar em querer morrer ou como se matariam). Em termos de sentimento, destacam-se o humor deprimido quase todos os dias e o interesse diminuído por atividades prazerosas. Já em relação aos problemas comportamentais destaca-se a agitação ou o retardo psicomotor. Em termos fisiológicos, ocorre perda significativa ou ganho de peso, ou seja, quando há apetite diminuído ou aumentado. Para crianças mais jovens ocorrem falha em alcançar o peso esperado no processo de desenvolvimento, insônia ou hipersonia quase todos os dias, fadiga e falta de energia – a criança reclama que está cansada, não se sente motivada – ou, ainda, tem dores físicas e desconforto.

Ainda de acordo com Miller, nos sintomas do episódio maníaco, a criança apresenta pensamento rápido ou fica incapaz de completá-lo; em casos mais graves há uma continuidade de conversa com mudança rápida de assunto. Já na distrabilidade, também incluída em sintomas de pensamento, a criança terá dificuldade para fixar sua atenção. Também no episódio maníaco, nos problemas com sentimento, as crianças apresentam auto-estima inflada ou idéias de grandiosidade, podendo ocorrer sentimentos de serem invencíveis ou suscetíveis no exagero de suas habilidades. Nos problemas relacionados ao comportamento do episódio maníaco, a criança exhibe dificuldades para ficar quieta, age como se houvesse pressão para se manter falando; outros sintomas que podem ser percebidos são maior atividade para alcançar uma meta; este sintoma pode manifestar-se por uma agitação psicomotora, e o envolvimento excessivo numa tarefa, por exemplo: a criança gasta todo seu dinheiro com bobagens. Alguns problemas fisiológicos também

ocorrem no episódio maníaco e incluem reduzida necessidade de dormir; assim, a criança diz que está descansada após poucas horas de sono.

No DSM-IV, o episódio depressivo maior, incluído em todos os tipos de depressão, caracteriza-se por um humor deprimido ou pela perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia, por um período mínimo de duas semanas, além de causar prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas relevantes na vida do indivíduo. Além disso, a pessoa deve apresentar quatro sintomas adicionais: “alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; e pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000, p. 306). Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável e, no tocante às alterações no apetite ou peso, as crianças podem não ter um aumento de peso esperado em seu desenvolvimento. Em relação às dificuldades para pensar e concentrar-se, nota-se a queda do rendimento escolar. Desse modo, percebe-se que os sintomas básicos não são diferentes em crianças e adolescentes, embora as crianças usualmente apresentem queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social. Já na pré-puberdade, o retardo psicomotor, a hipersonia e os delírios são menos comuns do que na adolescência e na idade adulta.

Diferentemente do DSM-IV, o episódio depressivo na CID-10 engloba três variedades: leve, moderado e grave. Entretanto, esta classificação deve ser utilizada para um episódio depressivo único. Os sintomas típicos apresentados são: humor deprimido, perda de interesse e de prazer e fadigabilidade aumentada e atividade diminuída, além de outros sintomas comuns: concentração e atenção reduzidas; auto-estima e auto confiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído.



A classificação do episódio depressivo depende de vários fatores, descritos a seguir: para o diagnóstico do episódio depressivo leve, os sintomas não devem ser intensos, e a duração mínima é de duas semanas, com pelo menos dois dos sintomas típicos presentes e mais, pelo menos, dois dos outros sintomas comuns; no episódio depressivo moderado, os sintomas devem apresentar-se com um grau marcante, e sua duração mínima também é de duas semanas, com pelo menos dois sintomas típicos e pelo menos três dos outros sintomas comuns presentes; para o episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos devem estar presentes, por pelo menos duas semanas, os três sintomas típicos dos episódios depressivo leve e moderado, e mais quatro dos outros sintomas com uma intensidade grave; no episódio depressivo grave com sintomas psicóticos devem estar presentes delírios, alucinações ou estupor depressivo e mais os mesmos sintomas e critérios utilizados para o episódio anterior.

Outro episódio, descrito pelo DSM-IV, é o maníaco, e ocorre em indivíduos diagnosticados com transtorno de humor ciclotímico e transtorno de humor bipolar. Define-se pela duração de pelo menos duas semanas de humor anormal, persistentemente elevado, expansivo ou irritável, que deve ser acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais, que incluem "... auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de idéias, distrabilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas" (Associação Americana de Psiquiatria, 2000, p. 313). Já no caso de um humor irritável, pelo menos quatro dos sintomas descritos devem estar presentes; a irritabilidade costuma ser freqüente e pode mudar bruscamente para raiva ou depressão.

Entretanto, podem ocorrer sintomas maníacos e depressivos simultaneamente, os sintomas depressivos podem durar momentos, horas ou dias. Porém, se houver critério para o episódio depressivo maior e para o episódio

maníaco todos os dias, por pelo menos uma semana, o diagnóstico é de episódio misto. Em adolescentes, os episódios maníacos são associados a faltas à escola, comportamento anti-social, repetência ou ao uso de substâncias, e à maior tendência a incluir características psicóticas.

O episódio maníaco, conforme a CID-10, é caracterizado essencialmente por humor elevado e aumento de quantidade e velocidade da atividade física e mental. Este episódio inclui três graus de gravidade: a hipomania, a mania sem sintomas psicóticos e a mania com sintomas psicóticos.

Sendo o episódio maníaco relacionado às desordens bipolares, é válido destacar que em crianças e adolescentes as desordens bipolares são freqüentemente mal diagnosticadas e confundidas com desordens de comportamento e esquizofrenia; a sintomatologia é sobreposta a outras desordens como, por exemplo, o transtorno de hiperatividade associado ao déficit de atenção; as variações do desenvolvimento estão presentes (Gill, Coffey & Park, 2000; McClellan & Werry, 1997; Notelmann & Jensen, 1995). Geralmente, o diagnóstico em crianças e adolescentes é baseado no mesmo critério usado para os adultos no DSM-IV, pois os dados sugerem que a desordem bipolar antes da idade de 18 anos é, essencialmente, a mesma de adultos. Muitos estudos são ainda necessários para verificar o curso a longo prazo e os tipos apresentados em crianças, principalmente com idade abaixo de 13 anos (McClellan & Werry, 1997). "Caracteristicamente, a mania em crianças apresenta um curso crônico com história de irritabilidade, acessos de raiva e labilidade emocional; ..." (Gill, Coffey & Park, 2000, p. 113).

O transtorno ciclotímico, conforme o DSM-IV, está incluído na seção de transtornos bipolares, abrange numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos, que não satisfazem o critério para o episódio depressivo maior e nem para o episódio maníaco. Em crianças deve ocorrer por um período de um ano, diferentemente para dos adultos, nos quais deve ocorrer por um período de dois anos.

Na ciclotimia, descrita na CID-10, o humor instável é marcado por períodos de depressão e elevação leve. Usualmente ocorre no início da vida adulta e não preenche os critérios para transtorno afetivo bipolar e para transtorno depressivo recorrente.

O transtorno distímico é outro tipo de depressão listado no DSM-IV; sua característica principal é “um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 anos” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000, p. 329). Para uma criança ser diagnosticada com distímia, deve experimentar humor deprimido ou irritabilidade por, pelo menos, um ano. A criança, como o adulto, deve, ainda, apresentar dois ou mais dos seguintes sintomas: “apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000, p. 329).

Na CID-10, a distímia refere-se à depressão crônica do humor. As pessoas sentem-se cansadas e deprimidas e, na maior parte do tempo, sintomas como preocupações, queixas, sono perturbado e sentimentos de inadequação estão presentes, mas as pessoas são capazes de lidar com as exigências do dia-a-dia.

A citação dos manuais CID-10 e DSM-IV visou apontar para uma descrição mais precisa do diagnóstico da depressão contidos nesses, visto que eles são referência na área da saúde mental, como já relatado anteriormente. Pode-se verificar que são poucas as diferenciações entre o diagnóstico da depressão em adultos e o diagnóstico da depressão infantil. Provavelmente pelo fato de a depressão infantil ter sido reconhecida recentemente, assim como o início ainda precoce de seus estudos.

Diversos fatores de dificuldades têm sido relatados na literatura científica para o diagnóstico da depressão infantil. Uma dessas dificuldades é que cada criança experimenta e manifesta a depressão de um modo variado. Além disso, geralmente as crianças não têm idéia ou não

sabem que são depressivas. Devido à sua pouca experiência, podem não discriminar que o que estão sentindo ou manifestando não é normal. Outro fator de dificuldade é que a criança não pode ser avaliada em detrimento de características da sua personalidade. A personalidade da criança ainda está em desenvolvimento e em formação (Assumpção Jr., 2000). Outros fatores aos quais se atribuem esses problemas são: definição inadequada e critério diagnóstico; informação limitada sobre as variações de sintoma desenvolvimental entre crianças e adultos; falta de instrumentos de avaliação adequados; e relutância em reconhecer a seriedade da depressão infantil. Aliadas a estes fatores estão a comorbidade e a justaposição de sintomatologia entre a depressão e outras desordens de crianças (Mesquita & Gilliam, 1994).

Alguns dos fatores de dificuldades no diagnóstico da depressão infantil ressaltam a necessidade de as pessoas que convivem com crianças, tais como pais e professores, estarem atentas a como elas funcionam. Informações obtidas em outras fontes indicam que, além dos pais, a própria criança e os professores são importantes, porque auxiliam no diagnóstico. As informações relatadas pelos pais são mais relativas às dificuldades de comportamento de seus filhos (Birmaher et al., 1996). Já Stark, Swearer, Delaune, Knox e Winter (1995) afirmam que os pais também podem relatar de modo preciso informações de tempo relacionado à depressão em seus filhos, tais como: início do episódio, quanto tempo passou, como os sintomas freqüentemente estão presentes na média semanal e quantos sintomas se passam no curso do dia.

Diferenças de como cada criança experimenta e manifesta a depressão devem ser consideradas para a realização do diagnóstico. Por exemplo: algumas crianças podem apresentar atitudes passivas, como retraimento e obediência; não incomodam os adultos e, conseqüentemente, não são tratadas. Já na adolescência a depressão pode ser vista de modo normal, ou seja, como parte do próprio processo de desenvolvimento desta faixa etária (Miller, 1998). Dificuldades

para o diagnóstico da depressão em crianças levam a erros na precisão de diagnóstico e na identificação completa do problema (Mesquita & Gilliam, 1994).

### Instrumentos de Medida da Depressão

Como a criança é considerada uma fonte primária de informações sobre sua experiência subjetiva na depressão (Stark et al., 1995) e, no sentido de verificar se o tratamento é efetivo, os instrumentos de medida, com sólidas propriedades psicométricas da depressão infantil, são de grande valor e utilidade, pois possibilitam a avaliação da presença e severidade de sintomas da depressão que são experimentados pela criança. Além disso, permitem a análise de severidade dos sintomas no curso do tratamento e o auxílio aos profissionais na identificação precoce desta doença que é tão complexa.

O diagnóstico precoce faz com que os comportamentos depressivos possam ser tratados e/ou modificados mais facilmente e torna difícil a esses comportamentos criarem resistências a mudanças (Andriola & Cavalcante, 1999).

As medidas de auto-relato para depressão, quando utilizadas em *settings* não clínicos, são um recurso para *triagem*, auxiliando os profissionais no rápido encaminhamento de crianças com possível depressão. Além disso, sua utilização em pesquisas científicas colabora para melhor compreensão do construto depressão em crianças.

As escalas de auto-avaliação são econômicas, pois requerem pouco tempo do profissional ou da equipe; suas desvantagens estão na dificuldade em avaliar sua fidedignidade, e sua utilização requer indivíduos com certo nível de educação, cooperantes e sem uma psicopatologia grave. As escalas diferenciam-se pelas categorias de sintomas que serão incluídos nos itens. (Calil & Pires, 2000).

Na avaliação da depressão em crianças, o CDI (Inventário de Depressão Infantil), planejado por Maria Kovács e Beck, tem sido amplamente

utilizado nos Estados Unidos (Smucker, Craighead, Craighead & Green, 1986). O CDI é um inventário de auto-relato elaborado para crianças com idades entre sete e 17 anos, inclui 27 itens e tem como objetivo medir a presença e severidade de sintomas da depressão, avaliando suas diversas dimensões clinicamente relevantes: afetividade (por ex. humor rebaixado, solidão e irritabilidade); cognitiva (por ex. auto-imagem negativa, auto-culpa, expectativas negativas em decisão); motivacional (por ex. reclusão, evitamento, ideação suicida); vegetativo (por ex. distúrbio de apetite e de sono) e psicomotor (Hodges, Siegel, Mullins & Griffin, 1983).

Outro instrumento para avaliar a sintomatologia depressiva em crianças é o RCDS (Escala de Depressão para Crianças de Reynolds), construído por Reynolds, da Universidade de Wisconsin – Madison, nos Estados Unidos (Reynolds, 1989). O RCDS consiste em uma medida de auto-relato com níveis clinicamente relevantes de sintomatologia depressiva, incluindo sintomas cognitivos, vegetativo-motores, somáticos e sintomas interpessoais.

Uma proposta para adaptar o CDI para o contexto brasileiro foi realizada por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), em uma amostra de 305 crianças de escolas públicas e particulares, com idades variando entre oito e 15 anos, sendo a maioria do sexo masculino. Os autores relatam o instrumento como unidimensional com consistência interna aceitável e sugerem uma amostra maior, para elaboração de normas definitivas. Segundo a adaptação e normatização do CDI realizada por Gouveia, outros dois autores, Baptista e Golfeto (2000), verificaram a prevalência de depressão em escolares de sete a 14 anos na cidade de Ribeirão Preto.

Outro estudo com a população brasileira foi de Andriola e Cavalcante (1999), que avaliou a depressão em crianças da pré-escola utilizando a Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P), na cidade de Fortaleza (CE). A amostra foi de 345 crianças com idade média de 5,6 anos; a maioria eram meninas. Os

resultados mostram prevalência de 3,9% quanto ao indicativo de depressão das crianças.

Amaral e Barbosa (1990) desenvolveram um instrumento para avaliar a depressão infantil que foi testado em um estudo piloto e aplicado numa população de crianças vítimas de queimadura. A escala contém 27 itens que se referem a uma auto-avaliação de reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais. As autoras concluem que crianças vítimas de queimadura parecem ser mais depressivas do que as crianças do grupo "normal", porém não em nível estatisticamente significativo. É ressaltada a importância de levantar estados depressivos em crianças vítimas de queimaduras como medida de prevenção de problemas mais graves de comportamento.

De acordo com esses estudos nacionais, observa-se que autores brasileiros têm se esforçado em colaborar na adequação de instrumentos estrangeiros para uso na população brasileira, assim como para acentuar sobre a importância deles (Pereira, 2002).

Os autores acima descritos salientaram ainda que os fatores regionais, econômicos e culturais são relevantes no estudo da depressão na infância; as características psicopatológicas de crianças brasileiras são diferentes daquelas das de outros países. Desse modo, há necessidade urgente de conhecer mais sobre o construto depressão infantil nas crianças brasileiras. Percebe-se a importância que tem sido dada ao desenvolvimento e utilização de escalas de auto-avaliação para estudos epidemiológicos, pesquisas científicas e promoção de saúde mental da população mais jovem. A construção de mais instrumentos viabiliza um estudo da depressão infantil em amostras de crianças de diversos Estados brasileiros e a promoção de estudos psicométricos dos instrumentos a partir da comparação entre eles (Pereira, 2002).

## MÉTODO

### Sujeitos

A presente pesquisa contou com cinco grupos de amostras de sujeitos. Nos três primeiros

grupos foi realizada a análise teórica dos itens (análise semântica e análise de construto dos itens) e nos outros dois grupos, a análise quantitativa (análise fatorial e precisão).

O **Grupo 1** contou com 12 crianças de uma escola pública municipal da região do Vale do Paraíba – SP, com idades variando de seis a onze anos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. As 12 crianças foram divididas em quatro grupos, denominados de **Grupo 1A**, **Grupo 1B**, **Grupo 1C** e **Grupo 1D**.

O Grupo 2 foi constituído de quatro crianças com idades de seis a nove anos, sendo 75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino, de uma escola particular da região do Vale do Paraíba – SP.

O **Grupo 3** foi composto de sete profissionais que trabalham com depressão infantil, sendo quatro psicólogos clínicos da área da Psicologia Comportamental e três psiquiatras. Este grupo respondeu à ficha de análise de juízes.

O **Grupo 4** foi formado por 214 crianças de uma escola pública municipal da região do Vale do Paraíba - SP, com idades variando de seis a 12 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino. O Grupo 5 foi formado por 148 crianças de duas escolas particulares da região do Vale do Paraíba - SP, com idades variando de seis a 12 anos, sendo 47% do sexo feminino e 53% do sexo masculino.

### Material

Durante a realização da pesquisa, a "Escala de Avaliação de Depressão para Crianças" passou por quatro versões.

### Primeira Versão

Amaral e Barbosa (1990) desenvolveram a "Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças" por meio de levantamento, na literatura, dos instrumentos internacionais de avaliação do comportamento depressivo freqüentemente utilizados. Os instrumentos investigados foram:

os de Hamilton, 1960; Beck & col., 1961; Zung & Durham, 1965; Ponzanski & col., 1970; Knesevich & col., 1977; Ponzanski & col., 1979; Carlson & Cantwell, 1980; Cytryn & col., 1980; Lefkowitz & Tesiny, 1980; e, do Brasil, o de Gongora (1984) (apud Amaral e Barbosa, 1990). Os instrumentos foram traduzidos e analisados por três juízes, de acordo com o DSM-III (1978), a fim de verificar os itens mais pertinentes para o diagnóstico da depressão infantil. Desse modo, a escala foi composta de 27 itens, que englobaram reações afetivo-emocionais, fisiológicas e comportamentais na depressão infantil. As respostas aos itens são dadas com base em três intervalos da escala Likert: Sim, Às vezes e Não. A forma de pontuação da escala foi estabelecida do seguinte modo: Sim = dois pontos; Às vezes = um ponto; Não = zero ponto.

### Segunda Versão

Para a realização da presente pesquisa, inicialmente foram efetuadas algumas modificações na "Escala de Avaliação de Depressão para Crianças" pela própria autora do instrumento. As alterações foram: mudança do título da escala de *Auto-Avaliação* para *Avaliação*, pois no caso de crianças de seis anos ou que ainda não sabem ler, a escala é aplicada por um profissional, e não auto-aplicada; reformulação de alguns itens; e a inserção da *Resposta Cognitiva*. Os itens reformulados foram: Item 9. "Eu sempre tenho medo de alguma coisa" para "Eu sinto medo sempre". Item 10. "Eu sempre sinto que vou ser castigado" para "Eu sinto que sempre vou ser castigado". Item 12. "Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar" para "Eu choro sempre ou tenho sempre vontade de chorar". Item 13. "Eu prefiro brincar sempre sozinho" para "Eu prefiro brincar sozinho". Item 14. "Eu me acho um(a) menino(a) mau (má)" para "Eu sinto que sou um(a) menino(a) mau (má)". Item 15. "Eu não tento novamente quando eu perco" para "Eu desisto quando erro alguma coisa". Item 17. "Eu sempre acho que não sei fazer as coisas" para "Eu faço tudo errado". Item 18. "Eu me preocupo muito com as coisas" para "Eu me preocupo muito". Item 19. "Eu acho que os outros não

gostam de mim" para "Eu acho que os outros gostam de mim". Item 21. "Eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada" para "Eu sinto que sempre estou fazendo coisas erradas". Item 22. "Eu não gosto de mim" para "Eu gosto de mim". Item 24. "Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém" para "Eu gosto das pessoas e de estar com elas". Item 26. "Eu tenho dificuldade para dormir" para "Eu demoro para dormir". Assim, a "Escala de Avaliação de Depressão para Crianças" ficou composta de 27 itens, divididos em quatro dimensões de respostas da depressão em crianças: resposta afetivo-emocional; resposta cognitiva; resposta fisiológico-autônômica; e resposta Comportamento-observável.

### Terceira Versão

Antes de ser realizada a análise teórica dos itens, os advérbios de frequência foram retirados dos itens, pois na instrução foi adicionada a expressão nas *duas últimas semanas*. Também foi adicionado um exemplo retirado do RCDS (Reynolds Child Depression Scale): "Eu sinto vontade de ver televisão". Além disso, foram realizadas as seguintes alterações: o item 12 foi alterado de "Eu choro ou tenho vontade de chorar" para "Eu sinto vontade de chorar"; o item 14 foi alterado de "Eu sinto que sou um(a) menino(a) mau (má)" para "Eu sinto que sou mau (má)"; o item 15, de "Eu desisto quando erro alguma coisa", para "Eu desisto quando erro"; o item 16, "Eu durmo na sala de aula" foi eliminado, por ser considerado pouco consistente com a fundamentação teórica. Foi substituído pelo item "Eu sinto que meus pais não gostam de mim", retirado do RCDS (Reynolds Child Depression Scale); o item 23 foi reformulado: de "Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado na minha casa", para "Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado"; o item 24 foi reformulado de "Eu gosto das pessoas e de estar com elas" para "Eu gosto das pessoas"; o item 25 "Eu me acho feio" foi eliminado, por ser considerado pouco consistente

com a fundamentação teórica. Foi substituído pelo item “Eu me sinto amado”, retirado do RCDS (Reynolds Child Depression Scale). Além disso, foram incluídos mais três itens na escala, retirados do RCDS (Reynolds Child Depression Scale): item 28 – “Eu me sinto sozinho”; item 29 – “Eu me sinto importante”; item 30 – “Eu sinto que ninguém se preocupa comigo”.

O acréscimo de itens teve como finalidade facilitar a análise estatística dos itens e tornar mais abrangente a amostra das respostas indicativas do construto depressão infantil, contribuindo também com o estudo da precisão. A “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças” ficou, então, composta por 30 itens divididos nas quatro dimensões de respostas da depressão em crianças descritas na versão anterior.

#### Quarta Versão

A quarta versão foi realizada após toda a análise teórica dos itens; desse modo mantiveram-se, a instrução e o exemplo da terceira versão. O item 26 “Eu demoro para dormir” foi complementado com: “..... quando já estou deitado”; o item 27 “Eu não sinto vontade de comer” foi reformulado para: “Eu não tenho fome”; e o item 28 “Eu me sinto sozinho” foi reformulado para: “Eu me sinto abandonado”. O item 23 foi excluído: “Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado”. As respostas aos itens foram dadas com base em três intervalos da escala Likert: Sim, Às vezes e Não. A forma de pontuação da escala foi estabelecida do seguinte modo: Sim = três pontos; Às vezes = dois pontos; Não = um ponto. Os itens 19, 22, 23, 24 e 28 foram pontuados inversamente: Sim = um ponto; Às vezes = dois pontos; Não = três pontos.

Com a quarta versão, a “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças” ficou pronta para aplicação numa amostra maior de sujeitos, visando posteriormente à realização da análise fatorial exploratória e precisão do instrumento.

## PROCEDIMENTO

### Análise Semântica dos Itens

Para a primeira fase de coleta de dados foram escolhidas uma escola pública municipal e uma escola particular, ambas da região do Vale do Paraíba – SP, nas quais a pesquisadora explicou o objetivo de sua pesquisa e obteve o consentimento das mesmas para a sua realização. Para realização da análise semântica dos itens e compreensão das instruções e do modo de assinalar as respostas, solicitou-se a autorização do responsável pela criança para participação nessa fase de coleta de dados.

A análise semântica foi realizada no **Grupo 1**. A técnica utilizada para análise de compreensão dos itens foi dividir o **Grupo 1** em pequenos grupos nos quais os itens foram checados numa situação de *brainstorming*. Por meio desta técnica, consiste em que os sujeitos expressam todas as suas idéias a respeito do item. O item, quando compreendido corretamente, era mantido. Caso contrário, o item era então reformulado ou descartado. Com a finalidade de verificar a instrução e o modo de assinalar as respostas, foi pedido aos sujeitos que respondessem à escala.

Os itens da “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças”, incluindo os já reformulados, foram conferidos pelo mesmo método num grupo de sujeitos de uma escola particular – **Grupo 2** – com o objetivo de que não perdessem sua validade aparente.

### Análise dos Juízes

Os profissionais receberam duas listas. A primeira delas continha as definições, descritas pela pesquisadora, de cada um dos fatores contidos na escala; a segunda lista, em forma de tabela, continha os itens da escala descritos à direita e os fatores relacionados acima. No lado esquerdo da tabela os profissionais marcaram com um X a resposta que acharam que o item estava representando.

O critério de pertinência do item foi atribuído após uma concordância de pelo menos 80% dos os juízes sobre a representatividade do item em determinado fator.

### **Análise Quantitativa dos Itens**

Foi escolhida pela pesquisadora uma escola pública municipal e duas escolas particulares, todas da região do Vale do Paraíba – SP. Duas das escolas já haviam participado da primeira fase de coleta de dados; então não houve necessidade de nova explicação sobre a pesquisa, já que a pesquisadora havia exposto todo o processo de coleta de dados anteriormente. Na outra escola particular, escolhida pela facilidade de acesso, explicou-se o objetivo da pesquisa e obteve-se o consentimento. Nessa segunda fase também solicitou-se a autorização do responsável de cada criança.

Para as aplicações no **Grupo 4** e no **Grupo 5** foi utilizada a quarta versão da “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças”, ou seja, conforme os resultados obtidos na análise qualitativa. As aplicações da escala ocorreram durante o período autorizado. As crianças tiveram tempo livre para responder (tempo médio = 20 minutos). Foi realizado um breve rapport com as crianças, a fim de garantir tranquilidade, explicar o objetivo deste estudo e o respeito aos princípios éticos da pesquisa científica aos sujeitos.

## **RESULTADOS**

### **Análise Semântica dos Itens**

No processo da análise teórica, somente um item, que avalia a culpa na depressão, precisou ser descartado, devido à sua incompreensão em todos os grupos. O item excluído foi: Item 23 – “Eu acho que sou culpado quando alguma coisa acontece de errado”.

Os itens reformulados foram: item 26 – “Eu demoro para dormir”; item 27 – “Eu não sinto vontade de comer” e item 28 – “Eu me sinto sozinho”. Estes três itens não foram compre-

endidos adequadamente em nenhum dos quatro grupos. O item 26 – “Eu demoro para dormir” – foi complementado com: “... quando já estou deitado”. O item 27 – “Eu não sinto vontade de comer” – foi reformulado para: “Eu não tenho fome”. O item 28 – “Eu me sinto sozinho” – foi reformulado para: “Eu me sinto abandonado”.

Com relação à compreensão da instrução do instrumento e do exemplo, a pesquisadora concluiu que as crianças do **Grupo 1** não apresentaram dificuldades nem divergências de entendimento. Na apresentação das respostas e forma de assinalá-las, os sujeitos não demonstraram dúvidas ou hesitação.

Os itens, incluindo os já reformulados pela análise anterior, foram checados pelo mesmo método, no **Grupo 2**, com o objetivo de não perderem sua validade aparente. Todos os itens foram compreendidos adequadamente pelas crianças.

### **Análise dos Juízes**

A segunda etapa, de análise teórica dos itens da “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças”, foi realizada pelos profissionais do **Grupo 3**. Dois juízes sugeriram unir os fatores resposta afetivo-emocional e resposta cognitiva, pois a maioria dos itens encontra-se saturada por esses dois fatores. Não houve itens descartados, pois considerou-se que a maioria deles apresentava saturações em dois fatores e, neste caso, a discordância dos juízes foi considerada como concordância.

### **Análise Quantitativa dos Itens**

A análise quantitativa da “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças” foi realizada com utilização do *SPSS – Statistical Package for Social Sciences (Versão 7.5 for Windows)*.

O primeiro passo foi medir o KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*. O KMO encontrado foi de 0,804, representando uma adequação boa dos dados à análise fatorial.

### Análise Fatorial Exploratória

Aplicando-se o método dos componentes principais aos itens da “Escala de Avaliação de

Depressão para Crianças”, foi possível verificar os autovalores e suas respectivas porcentagens de explicação.

**Tabela 1.** Explicação dos Fatores de uma Análise Fatorial obtida a partir de uma Análise de Componentes Principais.

| FATOR | AUTOVALOR | EXPLICAÇÃO (%) | EXPLICAÇÃO ACUMULADA (%) |
|-------|-----------|----------------|--------------------------|
| 1     | 4,51      | 15,658         | 15,658                   |
| 2     | 2,205     | 7,602          | 23,261                   |
| 3     | 1,500     | 5,173          | 28,434                   |
| 4     | 1,429     | 4,928          | 33,361                   |
| 5     | 1,257     | 4,334          | 37,695                   |
| 6     | 1,178     | 4,063          | 41,758                   |
| 7     | 1,088     | 3,753          | 45,512                   |
| 8     | 1,55      | 3,638          | 49,150                   |
| 9     | 1,047     | 3,610          | 52,760                   |
| 10    | 0,969     | 3,340          | 56,100                   |
| 11    | 0,958     | 3,303          | 59,402                   |
| 12    | 0,915     | 3,154          | 62,557                   |
| 13    | 0,896     | 3,088          | 65,645                   |
| 14    | 0,830     | 2,860          | 68,506                   |
| 15    | 0,790     | 2,725          | 71,230                   |
| 16    | 0,749     | 2,582          | 73,812                   |
| 17    | 0,733     | 2,529          | 76,341                   |
| 18    | 0,698     | 2,406          | 78,747                   |
| 19    | 0,685     | 2,363          | 81,110                   |
| 20    | 0,656     | 2,263          | 83,373                   |
| 21    | 0,651     | 2,246          | 85,619                   |
| 22    | 0,610     | 2,104          | 87,723                   |
| 23    | 0,564     | 1,944          | 89,667                   |
| 24    | 0,559     | 1,927          | 91,594                   |
| 25    | 0,538     | 1,855          | 93,449                   |
| 26    | 0,533     | 1,837          | 95,289                   |
| 27    | 0,477     | 1,643          | 96,929                   |
| 28    | 0,451     | 1,554          | 98,484                   |
| 29    | 0,440     | 1,516          | 100,000                  |



Nota-se, na **Tabela 1**, que o primeiro fator sozinho explica 15,65% da variabilidade total dos dados. Os dois primeiros fatores explicam, em conjunto, 23,26% da variabilidade total e assim, até que se atinja 100% de explicação ao se considerar todos os 29 fatores. O instrumento

**Tabela 2.** Comunalidades Referentes a uma Solução com Quatro Fatores.

| ITEM | COMUNALIDADE |
|------|--------------|
| 1    | 0,256        |
| 2    | 0,305        |
| 3    | 0,301        |
| 4    | 0,410        |
| 5    | 0,273        |
| 6    | 0,338        |
| 7    | 0,291        |
| 8    | 0,293        |
| 9    | 0,356        |
| 10   | 0,390        |
| 11   | 0,461        |
| 12   | 0,539        |
| 13   | 0,201        |
| 14   | 0,417        |
| 15   | 0,231        |
| 16   | 0,389        |
| 17   | 0,340        |
| 18   | 0,365        |
| 19   | 0,372        |
| 20   | 0,294        |
| 21   | 0,287        |
| 22   | 0,419        |
| 23   | 0,344        |
| 24   | 0,495        |
| 25   | 0,201        |
| 26   | 0,074        |
| 27   | 0,354        |
| 28   | 0,340        |
| 29   | 0,336        |

demonstrou ser fatorialmente mais complexo do que se esperava, já que apresentou nove fatores com autovalores acima de 1,00. Observa-se que os quatro primeiros fatores explicam, conjuntamente, 33,36% da variabilidade total dos dados; e apresentam autovalores acima de 1,4.

A **Tabela 2** mostra as comunalidades da solução com quatro fatores. Os dados sugerem um ajuste regular, já que apenas 33,36% da variabilidade total está sendo explicada. Segundo as comunalidades, o item mais bem explicado pelos fatores é o item 12, com 54%, e o pior é o item 26, com 7%, destacado em negrito.

A análise fatorial adotada foi a de componentes principais com rotação Varimax com extração de quatro fatores, cujo agrupamento de itens é observado na **Tabela 3**, que apresenta o peso (carga) de cada um dos itens em cada fator. Foram consideradas como significativas para um fator as cargas fatoriais acima de 0,40. Na **Tabela 3**, esses valores encontram-se em negrito.

Desse modo, conclui-se que: os itens 1, 10, 11, 14, 17, 20, 21 e 27 predominam na definição do **Fator 1**; os itens 4, 6, 9, 12 e 18 predominam no **Fator 2**; os itens 2, 3, 5, 7, 8 e 29 predominam no **Fator 3**; e os itens 16, 19, 22, 24 e 28 predominam no **Fator 4**.

Avaliando o que há de comum em cada um dos quatro fatores, verifica-se que no **Fator 1** os itens agrupados são os mais representativos na escala, responsáveis por 15,65% da variância total, e referem-se a uma resposta de afeto disfórico. No **Fator 2** verifica-se resposta afetivo-emocional com conteúdo de ansiedade, e os itens deste fator são responsáveis por 7,6% da variância total. Os itens do **Fator 3** apresentam a dimensão de resposta fisiológico-autonômica, e explicam 5,1% da variância total. No **Fator 4** observa-se a dimensão de resposta cognitiva com conteúdo de auto-estima, e os itens explicam 4,9% da variância total. Todas as dimensões de respostas são vinculadas ao construto depressão infantil medido pelo instrumento. Os itens 13 – “Eu prefiro brincar sozinho”; 15 – “Eu desisto quando erro”; 23 – “Eu gosto das pessoas”;

25 – “Eu demoro para dormir quando já estou deitado” e 26 – “Eu não tenho fome” apresentaram

cargas fatoriais não significativas e foram descartados do instrumento.

**Tabela 3.** Cargas Fatoriais para Solução com Quatro Fatores com Rotação Varimax

| ITENS DA ESCALA                                    | FATOR 1   | FATOR 2 | FATOR 3 | FATOR 4 |
|--|-----------|---------|---------|---------|
| 1. Eu me sinto irritado.                           | 0,423     | 0,157   | 0,216   | 0,075   |
| 10. Eu sinto que vou ser castigado.                | 0,511     | 0,290   | 0,150   | - 0,150 |
| 11. Eu tenho vontade de morrer.                    | 0,669     | - 0,110 | 0,034   | 0,048   |
| 14. Eu sinto que sou mau.                          | 0,634     | 0,122   | 0,037   | 0,028   |
| 17. Eu faço tudo errado.                           | 0,552     | 0,039   | 0,138   | 0,123   |
| 20. Eu me sinto aborrecido.                        | 0,485     | 0,051   | 0,229   | 0,057   |
| 21. Eu sinto que estou fazendo coisas erradas      | 0,474     | 0,222   | - 0,113 | 0,018   |
| 27. Eu me sinto abandonado                         | 0,502     | 0,163   | 0,099   | 0,256   |
| 4. Eu me sinto triste.                             | 0,349     | 0,510   | 0,121   | 0,117   |
| 6. Eu estou preocupado com a minha saúde.          | 0,033     | 0,520   | 0,202   | - 0,161 |
| 9. Eu sinto medo.                                  | 0,221     | 0,506   | 0,164   | 0,156   |
| 12. Eu sinto vontade de chorar.                    | 0,189     | 0,702   | 0,095   | 0,042   |
| 18. Eu me preocupo muito.                          | 0,155     | 0,550   | 0,195   | 0,033   |
| 2. Eu me sinto cansado.                            | 0,020     | 0,188   | 0,515   | 0,062   |
| 3. Eu tenho vontade de ficar deitado.              | 0,047     | 0,018   | 0,545   | 0,043   |
| 5. Eu tenho sentido dor de cabeça.                 | 0,184     | 0,170   | 0,453   | 0,068   |
| 7. Eu sinto fraqueza no meu corpo.                 | 0,255     | 0,213   | 0,418   | 0,072   |
| 8. Eu tenho desmaiado.                             | 0,245     | - 0,210 | 0,419   | - 0,116 |
| 15. Eu desisto quando erro.                        | 0,244     | 0,165   | 0,379   | 0,018   |
| 25. Eu demoro para dormir quando já estou deitado. | 0,209     | - 0,271 | 0,283   | 0,063   |
| 26. Eu não tenho fome.                             | 0,083     | 0,089   | 0,234   | 0,065   |
| 29. Eu sinto que ninguém se preocupa comigo.       | 0,352     | 0,063   | 0,445   | 0,100   |
| 13. Eu prefiro brincar sozinho.                    | 0,012     | 0,060   | 0,291   | 0,336   |
| 16. Eu sinto que meus pais não gostam de mim.      | 19. 0,219 | 0,127   | 0,402   | 0,404   |
| Eu acho que os outros gostam de mim.               | 0,086     | 0,084   | 0,076   | 0,593   |
| 22. Eu gosto de mim.                               | 0,383     | - 0,167 | - 0,193 | 0,456   |
| 23. Eu gosto das pessoas.                          | 0,155     | - 0,423 | 0,135   | 0,350   |
| 24. Eu me sinto amado.                             | - 0,144   | 0,034   | 0,087   | 0,683   |
| 28. Eu me sinto importante.                        | 0,018     | 0,109   | - 0,185 | 0,542   |

### Análise do Poder Discriminativo e da Consistência Interna

Na **Tabela 4**, observa-se o desvio-padrão e a correlação corrigida entre item e total de cada item – correlação de Pearson (r).

De acordo com a análise desses dados, foi possível verificar o quanto os itens, numa escala

Likert, são capazes de discriminar os sujeitos. Os itens demonstraram bons índices de discriminação em relação aos seus fatores.

A precisão, realizada por meio da análise do Coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, também pode ser observada na **Tabela 4**. O valor do alfa nos oito itens do primeiro fator da escala, resposta afeto disfórico, foi de 0,70; no segundo fator,

**Tabela 4.** Média, Desvio-Padrão dos Itens, Correlação Corrigida de Pearson (r) Item-Total e Precisão (Coeficiente Alfa de Cronbach).

| FATOR | ITEM | MÉDIA | DESVIO-PADRÃO | CORRELAÇÃO | $\alpha$ DE CRONBACH |
|-------|------|-------|---------------|------------|----------------------|
| 1     | 1    | 1,84  | 0,68          | 0,33       | 0,70                 |
|       | 10   | 1,63  | 0,75          | 0,42       |                      |
|       | 11   | 1,24  | 0,52          | 0,41       |                      |
|       | 14   | 1,37  | 0,61          | 0,45       |                      |
|       | 17   | 1,58  | 0,65          | 0,43       |                      |
|       | 20   | 1,64  | 0,71          | 0,37       |                      |
|       | 21   | 1,78  | 0,74          | 0,36       |                      |
|       | 27   | 1,42  | 0,66          | 0,40       |                      |
| 2     | 4    | 1,77  | 0,72          | 0,40       | 0,65                 |
|       | 6    | 2,19  | 0,87          | 0,35       |                      |
|       | 9    | 1,74  | 0,74          | 0,35       |                      |
|       | 12   | 1,87  | 0,71          | 0,50       |                      |
|       | 18   | 2,03  | 0,81          | 0,43       |                      |
| 3     | 2    | 2,10  | 0,69          | 0,32       | 0,56                 |
|       | 3    | 2,07  | 0,79          | 0,20       |                      |
|       | 5    | 1,85  | 0,80          | 0,37       |                      |
|       | 7    | 1,53  | 0,68          | 0,32       |                      |
|       | 8    | 1,16  | 0,48          | 0,26       |                      |
| 4     | 29   | 1,76  | 0,81          | 0,36       | 0,49                 |
|       | 16   | 1,59  | 0,80          | 0,20       |                      |
|       | 19   | 1,48  | 0,69          | 0,32       |                      |
|       | 22   | 1,20  | 0,52          | 0,28       |                      |
|       | 24   | 1,52  | 0,75          | 0,33       |                      |
|       | 28   | 1,65  | 0,74          | 0,26       |                      |

resposta afetivo-emocional com conteúdo de ansiedade, foi de 0,65; no terceiro fator, resposta fisiológico-autônômica foi de 0,56; e no quarto fator, resposta cognitiva com conteúdo de auto-estima, foi de 0,50.

## DISCUSSÃO

O processo de validação de um instrumento psicométrico é primordial, sendo coerente com Anastasi e Urbina (2000), que citam que a validade de um teste responde pelo grau em que ele mede aquilo que se propõe a medir.

Como já foi descrito na metodologia, a escala original passou por diversas etapas até chegar a uma quarta versão, que constituiu o instrumento piloto. Segundo (Oakland, 1999), as revisões e eliminações nos itens, assim como o acréscimo deles, são necessárias no processo de validação.

Outra preocupação da autora do instrumento foi a inclusão da resposta cognitiva, da primeira para a segunda versão do instrumento, ampliando as dimensões envolvidas na depressão infantil. Conforme Miller (1998), os sintomas típicos da depressão infantil envolvem quatro classes principais de distúrbios: 1) pensamento; 2) emoções; 3) comportamento e 4) processo fisiológico.

Na primeira fase do processo de validação realizou-se o conteúdo semântico dos itens e a análise de juízes, processo fundamental num estudo de validação (Pasquali, 1999). Os itens, as instruções, o exemplo e o modo de assinalar as respostas foram colocados à prova de compreensão de sua população-alvo.

Na análise de juízes, o instrumento foi avaliado por profissionais capacitados para o atendimento às crianças deprimidas. A consulta aos profissionais é adequada para julgamento dos itens (Adánez, 1999; Oakland, 1999). Assim, a pertinência dos itens ao construto depressão infantil e a inserção desses nos quatro fatores foram reafirmadas pelos profissionais. Desse modo, os requisitos da análise teórica dos itens

foram cumpridos, e o instrumento piloto ficou constituído de 29 itens de respostas ligadas ao construto depressão infantil. Seguindo o processo de validação do instrumento, a segunda fase direcionou-se ao refinamento empírico do instrumento.

A validação do instrumento foi obtida por meio do método de validação de construto que, segundo Cunha (1994), visa tornar o instrumento uma medida operacional do construto, ou seja, a depressão infantil. Desse modo, o método da análise fatorial exploratória foi aplicado ao instrumento. Este é frequentemente utilizado quando o objetivo primeiro do instrumento é medir adequadamente um construto psicológico (Adánez, 1999).

A análise fatorial exploratória, que trabalha com o agrupamento de variâncias, detectou consistência em quatro fatores agrupados, que explicam 33,36% da variabilidade total dos dados, com autovalores acima de 1,4. A porcentagem de explicação da variabilidade total está próxima de valores encontrados na literatura. A pesquisadora optou por trabalhar com quatro fatores. Os fatores foram interpretados a partir daquilo que os itens apresentavam em comum.

No **Fator 1** predominou a resposta de afeto disfórico. A descrição de sintomas nos itens refere-se a sentimentos e pensamentos que a criança possui em relação a si mesma, na depressão infantil. No afeto disfórico, a criança pensa a partir de sua própria perspectiva, envolvendo culpa (item 10 – “Eu sinto que vou ser castigado”; item 21 – “Eu sinto que estou fazendo coisas erradas”), autocrítica (item 14 – “Eu sinto que sou mau”; item 17 – “Eu faço tudo errado”). Em relação aos sentimentos observa-se o humor deprimido (item 1 – “Eu me sinto irritado”; item 20 – “Eu me sinto aborrecido”; item 27 – “Eu me sinto abandonado”) e a falta de interesse (item 11 – “Eu tenho vontade de morrer”).

O **Fator 2** foi caracterizado pela resposta afetivo-emocional com conteúdo de ansiedade da depressão infantil; os itens envolvem processos psicológicos subjetivos e ansiedade: sentimentos de tristeza, angústia e preocupação

(item 4 – “Eu me sinto triste”; item 6 – “Eu estou preocupado com a minha saúde”; item 9 – “Eu sinto medo”; item 6 – “Eu sinto vontade de chorar”; item 18 – “Eu me preocupo muito”).

No **Fator 3**, os itens referem-se à resposta fisiológico-autônômica, e envolvem uma reação interna do organismo controlada pelo sistema nervoso autônomo. Fadiga, falta de energia, dores físicas e desconforto estão presentes na depressão infantil (item 2 – “Eu me sinto cansado”; item 3 – “Eu tenho vontade de ficar deitado”; item 5 – “Eu tenho sentido dor de cabeça”; item 7 – “Eu sinto fraqueza no meu corpo”; item 8 – “Eu tenho desmaiado”; item 29 – “Eu sinto que ninguém se preocupa comigo”).

O **Fator 4** revela a resposta cognitiva com conteúdo de auto-estima. Refere-se ao pensamento que a criança tem de si mesma em relação a sentimentos de valor próprio (item 22 – “Eu gosto de mim”; item 24 – “Eu me sinto amado”; item 28 – “Eu me sinto importante”) e a sentimentos de valor que outros possuem em relação a ela (item 16 – “Eu sinto que meus pais não gostam de mim”; item 19 – “Eu acho que os outros gostam de mim”).

Os fatores da escala demonstraram ter boa precisão. Adánez (1999) afirma que, seja qual for o formato do item, os valores iguais ou inferiores a zero indicam uma consistência inadequada, pois a confiabilidade dos itens não contribui para a homogeneidade do teste nem a diminui. Quanto maiores forem os desvios típicos dos itens e as correlações dos itens com o teste, maior será o coeficiente alfa de Cronbach, e o valor deste coeficiente pode variar de zero a um.

A metodologia de medição da depressão é encontrada na literatura em forma de escala de medida de auto-relato, em que o sujeito se expressa de acordo com a graduação das respostas, viabilizando a medida da presença e severidade de sintomas da depressão, considerando-se as dimensões clinicamente relevantes desse construto. Contudo, uma preocupação desses instrumentos é garantir uma boa representação do construto que pretende medir. Uma boa validação e a precisão dessas medidas são imprescindíveis. Além disso, o cuidado a ser

tomado é evitar que essas medidas não forneçam um diagnóstico específico de desordem depressiva. Portanto, tais medidas possuem suas limitações, como qualquer instrumento de medição de comportamentos, não devendo ser utilizada de forma isolada.

## CONCLUSÃO

O presente estudo procurou cumprir os requisitos básicos de um processo de validação de instrumentos psicométricos. A “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças” ficou composta de 24 itens, que avaliam a sintomatologia da depressão em quatro fatores: afeto disfórico, afetivo-emocional com conteúdo de ansiedade, fisiológico-autônômica e cognitiva com conteúdo de auto-estima.

Nesse primeiro estudo de validação, a escala não se comprometeu a avaliar todas as dimensões envolvidas no construto depressão infantil. Contudo, a análise fatorial exploratória conseguiu identificar fatores com um grau razoável de interpretação.

Pode-se dizer que a “Escala de Avaliação de Depressão para Crianças” mostrou ser uma medida válida e com precisão adequada. Entretanto, novos estudos deverão ser realizados, principalmente novas pesquisas de validação junto à população clínica, para que sua eficácia possa ser melhorada.

A escala visa auxiliar profissionais capacitados que estão constantemente em contato com crianças, e envolvidos em pesquisas científicas que englobam a depressão infantil. Esta escala é uma primeira tentativa de auxiliar o preenchimento da lacuna de instrumentos psicométricos que meçam a depressão infantil no contexto cultural brasileiro, contribuindo para a literatura científica nacional e promovendo o conhecimento da depressão infantil, ainda carente de estudo em nossa população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADÁNEZ, G. P. (1999). Procedimientos de Construcción y Analisis de Tests Psicom-

- tricos. In Wechsler, S. M. & Guzzo, R. S. L., *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional* (pp.57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- AMARAL, V. L. A. R. & Barbosa, M. K. (1990). Crianças Vítimas de Queimaduras: Um Estudo Sobre Depressão. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 31-59.
- ANASTASI, A., & Urbina, S. (2000). Natureza e Uso dos Testes Psicológicos. In Anastasi, A. & Urbina, S., *Testagem Psicológica* (pp.17 a 36). (7ª ed.). (M. A. V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- ANDRIOLA, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da Depressão Infantil em Aluno da Pré-Escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 419- 428.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed.). (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (original de 1994).
- ASSUMPTÃO Jr., F. B. (2000). Diagnóstico e Quadro Clínico da Depressão na Infância e na Adolescência. In Lafer, B., Almeida, O. P. , Fráguas, R. & Miguel, E. C., *Depressão no Ciclo da Vida* (pp.37-44). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- BAPTISTA, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de Depressão em Escolares de sete a 14 anos. [http://www.hcnet.usp.br/lipq/revista/27\(5\)/artigos/art253.htm](http://www.hcnet.usp.br/lipq/revista/27(5)/artigos/art253.htm). 27/05/2000.
- BIRMAHER, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A. & Kaufman, J. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35(12), 1575-1583.
- BROWN, Anne. Mood Disorders in Children and Adolescents. <http://www.mhsource.com/narsad/childmood.html>. 07/11/2000.
- CALIL, M. H. & Pires, M. L. N. (2000). Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Depressão. In Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A. W. (eds.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (pp. 65-69). São Paulo: Lemos-Editorial.
- CUNHA, S. E. (1994). *A Noção de Validade de Testes Psicológicos*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Gill, K. S., Coffey, B. J. & Park, K. S. (2000). Transtorno Bipolar na Infância e na Adolescência. In Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R. & Miguel, E. C., *Depressão no Ciclo da Vida* (pp.110-114). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- GOUVEIA, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, 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.
- HODGES, K. K., Siegel, L. J., Mullins, L. & Griffin, N. (1983). Factor Analysis of the Children's Depression Inventory. *Psychological Reports*. 53, 759-763.
- MCCLELLAN, J. & Werry, J. S. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36 (10), 157S-176S.
- MESQUITA, P. B. & Gilliam, W. S. (1994). Differential Diagnosis of Childhood Depression: Using Comorbidity and Symptom Overlap to Generate Multiple Hypotheses. *Child Psychiatry and Human Development*. 24 (3), 157-172.
- MILLER, J. A. (1998). *The Childhood Depression Sourcebook*. Los Angeles: NTC/Contemporary Publishing Group.
- MORENO, A. R. & Moreno, D. H (2000). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery- Åsberg (MADRS). In Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A. W. (eds.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (pp. 71-87). São Paulo: Lemos- Editorial.
- NOTTELMANN, E. D. & Jensen, P. S. (1995). Bipolar Affective Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34(6), 705-708.

- OAKLAND, T. (1999). Developing Standardized Tests. *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional* (pp.101-118). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- PASQUALI, L. (1996). Medida Psicométrica. *Teorias e Métodos de Medida em Ciências do Comportamento* (pp. 73- 115). Brasília: INEP.
- PASQUALI, L. (1999). Escalas Psicométricas. *Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração* (pp.105-127). Brasília: LabPAM/ IBAP.
- PEREIRA, D. A. P. (2002). Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação. *Dissertação de Mestrado*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.
- REYNOLDS, W. M. (1989). Reynolds Child Depression Scale- RCDS- Professional Manual. U.S.A.: PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
- SMUCKER, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and Reliability Data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 14(1), 25-39.
- STARK, K. D., Swearer, S., Delaune, M., Knox, L. & Winter, J. (1995). Depressive Disorders. In Ammerman, R. T. & Hersen, Michel, *Handbook of Child Behavior Therapy in the Psychiatric Setting* (pp. 269-300). New York: A Wiley-Interscience Publication.
- WORLD Health Organization (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1992).

Recebido para publicação em 11 de março de 2003  
e aceito em 15 de setembro de 2003.





# TEMPERAMENTO: ONZE ANOS DE LEVANTAMENTO NO PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS

## *TEMPERAMENT: ELEVEN YEARS OF SEARCHING IN PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS*

Raquel Souza Lobo GUZZO<sup>1</sup>  
Isabel Cristina RIELLO<sup>2</sup>  
Ricardo PRIMI<sup>3</sup>  
Magali SERRANO<sup>4</sup>  
Patrícia do Carmo Pereira ITO<sup>5</sup>  
Cristina Coutinho Marques PINHO<sup>6</sup>

### RESUMO

*Análise da produção científica é um dos pré-requisitos para análise do desenvolvimento científico. Considerando o ressurgimento do temperamento no meio científico nas últimas décadas, este trabalho teve como objetivo verificar o “estado da arte” deste tema. Foi utilizado como suporte bibliográfico o Psychological Abstracts, considerando-se as áreas temáticas: Psicometria, Estatística e Metodologia; Psicologia do Desenvolvimento; Psicologia da Personalidade e Psicologia Educacional. Os dados foram computados em um quadro com indicação do autor, data, volume, número, tema, revista, faixa etária e tipo de artigo (teórico ou pesquisa). Os resultados foram tabulados relacionados à área temática, ao tipo de artigo e à faixa etária. Predominaram no levantamento artigos da área temática Psicologia do Desenvolvimento, artigos do tipo pesquisa e a maioria abordava a faixa etária infantil. Estes resultados confirmam dados da literatura contemporânea que revelam que o temperamento é considerado um dos componentes da personalidade e tem adquirido novas ênfases em Psicologia do Desenvolvimento.*

**Palavras-chave:** *personalidade, desenvolvimento, busca bibliográfica, produção científica.*

<sup>(1)</sup> Professora Doutora em Psicologia do Programa de Pós-Graduação da PUC-Campinas. Endereço para correspondência: Rua: Santa Mônica, 136 – Santa Marcelina – Campinas/SP – Cep: 123094-531. E-mail: rguzzo@mpc.com.br.

<sup>(2)</sup> Doutora em Psicologia.

<sup>(3)</sup> Professor Doutor em Psicologia da Universidade São Francisco

<sup>(4)</sup> Doutoranda em Psicologia na PUC-Campinas e Professora da Unimep.

<sup>(5)</sup> Doutora em Psicologia.

<sup>(6)</sup> Doutoranda em Psicologia na PUC-Campinas.

## ABSTRACT

*Analysis of scientific production is one of the most important step for analysis of the scientific development. Considering the renaissance of temperament in the scientific way in the last decades, this study had as objective to verify the "state of the art" of this theme. It was used as bibliographical support Psychological Abstracts, being considered the thematic areas: Psychometric, Statistics and Methodology; Development Psychology; Personality Psychology and Education Psychology. The data were computed in a picture with the author's indication, its date, volume, number, theme, journal, age group and article type (theoretical or researches). The results were tabulated related the thematic area, article type and age group. They prevailed in the rising, goods of the area thematic Development Psychology, articles type research and most approached the child's age group. These results confirm data of the contemporary literature that the temperament is considered one of the components of the personality and has been acquiring new emphases in Development Psychology.*

**Key words:** *personality, development, bibliographical search, scientific production.*

O desenvolvimento científico tem sido controverso em sua origem e formas de ler a realidade, ou seja, em suas leis metodológicas. De maneira que a ciência e suas próprias concepções sobre o conhecimento requerem constante análise (Fenati, 1987). Para análise da Ciência, um dos pré-requisitos é que sejam realizados estudos destinados à verificação da produção científica em diferentes áreas de conhecimento e suas respectivas metodologias.

Um tema que tem merecido atenção nas últimas décadas é o temperamento (Rothbart, 1989), o qual tem sido abordado, principalmente, enfocando a avaliação das diferenças individuais, no domínio da personalidade, desenvolvimento e ajustamento social (Goldsmith & Rieser-Danner, 1990).

Pesquisadores da área têm considerado o temperamento como um dos atributos da pessoa que atua na mediação da interação com o ambiente (Thomas, Chess & Korn, 1982). Apesar de ser um atributo investigado desde a Grécia Antiga, por Hipócrates e Galeno (Strelau, 1998), permaneceu suprimido do meio científico por um longo período de tempo, ressurgindo em meados de 1950 e 1960 (Rodrigues, 1999). Estudado por diferentes autores, embasados em diferentes

abordagens teóricas, o temperamento apresenta diferentes definições, dimensões e instrumentos para sua avaliação (Ito & Guzzo, 2002).

Considerando a diversidade teórica do construto, uma descrição que contém os fatores essenciais para sua definição e caracterização é oferecida por Allport (1966), o qual estabelece que o "temperamento refere-se aos fenômenos característicos da natureza emocional de um indivíduo, na qual se incluem sua suscetibilidade à estimulação, a intensidade e rapidez usuais de resposta, a qualidade de seu humor predominante, e todas as peculiaridades de flutuação e intensidade de humor, sendo que tais fenômenos são vistos como dependentes da organização constitucional, e portanto, como em grande parte originários da hereditariedade" (p. 57). Complementando esta definição, Clark e Watson (1999) afirmam que as modernas teorias sobre temperamento incorporam a idéia de que o mesmo reflete diferenças individuais de origem biológica, inatas e que fundamentam a personalidade.

Para uma melhor compreensão, clareza na definição e delimitação do construto, são necessários estudos longitudinais, em todas as faixas etárias (Martin & Wisenbaker, 1995) e ainda o aperfeiçoamento dos métodos e instrumentos de

avaliação para que os mesmos apresentem qualidades psicométricas adequadas (Angleitner, John & Lohr, 1986).

Tendo como base os novos e diferentes enfoques sobre temperamento, faz-se necessário que sua produção científica seja conhecida e analisada, para definição de novos estudos, revisões teóricas e metodológicas.

Buscando iniciar uma verificação dos trabalhos desenvolvidos sobre esse tema e suas principais áreas de concentração, a presente pesquisa objetivou investigar artigos sobre temperamento publicados no período de onze anos, analisando sua temática específica, tipo de trabalho e a faixa etária dos participantes.

## MÉTODO

Foi utilizado como suporte bibliográfico o Psychological Abstracts: Nonevaluative Summaries of the Serial and Book Literature in Psychology and Related Disciplines, editado pela American Psychological Association - APA. Sua publicação é mensal e apresenta uma página com orientação detalhada para o leitor, incluindo exemplo de referência dos resumos de artigos, livros e capítulos de livros.

O conteúdo do Psychological Abstracts é apresentado por assuntos divididos em 22 áreas temáticas, desmembradas em 125 subseções. As áreas temáticas são: 1) Psicologia Geral; 2) Psicometria, Estatística e Metodologia; 3) Psicologia Experimental Humana; 4) Psicologia Comparativa e Experimental Animal; 5) Psicologia

Fisiológica e Neurociência; 6) Psicologia e as Humanidades; 7) Sistemas de Comunicação; 8) Psicologia do Desenvolvimento; 9) Processos Sociais; 10) Psicologia Social; 11) Psicologia da Personalidade; 12) Distúrbios Psicológicos e Físicos; 13) Saúde e Prevenção e Tratamento da Saúde Mental; 14) Psicologia Profissional; 15) Psicologia Educacional; 16) Psicologia Organizacional e Profissional; 17) Psicologia do Esporte; 18) Psicologia Militar; 19) Psicologia do Consumidor; 20) Psicologia Ambiental; 21) Sistemas Inteligentes; e 22) Psicologia Forense e Avaliação Legal.

O construto do temperamento foi pesquisado nos volumes referentes ao período de janeiro de 1985 a junho de 1996, considerando-se apenas os artigos de revistas nas áreas temáticas: Psicometria, Estatística e Metodologia; Psicologia Educacional; Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia da Personalidade. Foram selecionados resumos de artigos que apresentavam a palavra-chave "temperamento" no título ou no transcrito do resumo.

Os dados foram computados em um quadro com indicação de autor, data, volume, número, tema, revista, faixa etária estudada e, se o artigo se referia a um artigo teórico, de revisão da literatura ou de pesquisa, envolvendo o estudo e relação de variáveis.

## RESULTADOS

O levantamento bibliográfico realizado nas quatro áreas temáticas propostas nesta pesquisa resultou num total de 300 artigos publicados

**Tabela 1.** Frequência do Tema Temperamento por Áreas Temáticas Pesquisadas.

| Áreas Temáticas                        | Frequência | %     |
|--|------------|-------|
| Psicometria, Estatística e Metodologia | 57         | 19,0  |
| Psicologia da Personalidade            | 78         | 26,0  |
| Psicologia do Desenvolvimento          | 153        | 51,0  |
| Psicologia Educacional                 | 12         | 4,0   |
| Total                                  | 300        | 100,0 |

sobre o tema temperamento. Considerando-se a distribuição destes artigos pelas áreas temáticas (Tabela 1), observou-se maior frequência de artigos na área de Psicologia do Desenvolvimento (51,0%), seguida de Psicologia da Personalidade (26,0%). A área temática Psicometria, Estatística e Metodologia concentrou 19,0% dos artigos publicados, seguida de Psicologia Educacional com 4,0%. Na análise das categorias por meio do teste de  $X^2$ , para n.g.l. = 3, n. sig. 0,05 e  $X^2_c = 7,81$ , foi encontrado  $X^2_c = 138,48$ , permitindo concluir que foi significativa a concentração de artigos na área de Psicologia do Desenvolvimento ( $X^2_c = 81,12$ ).

No que diz respeito ao tipo de trabalho (Tabela 2), foram constatados 239 artigos, ou seja, a maioria referia-se a pesquisas realizadas principalmente na área temática de Psicologia do Desenvolvimento (59,4%). Já os 57 artigos teóricos concentravam-se principalmente na área temática da personalidade (59,6%). A análise dos dados considerando o tipo de trabalho, por meio do teste de  $X^2$ , para n.g.l. = 3, n. sig. 0,05 e  $X^2_c = 7,81$ , constatou  $X^2_c = 51,92$ , o que permite concluir que foi significativa a concentração de trabalhos na categoria artigos de pesquisa.

Considerando a frequência dos artigos teóricos publicados nas áreas de Psicometria, Estatística e Metodologia, Psicologia da Personalidade e Psicologia do desenvolvimento, a análise dos dados por meio do teste de  $X^2$ , para n.g.l. = 2, n. sig. 0,05 e  $X^2_c = 5,99$  constatou  $X^2_c = 18,41$ , evidenciando que foi

significativa a concentração de artigos teóricos na área de Psicologia da Personalidade ( $X^2_c = 11,84$ ). Já entre os artigos de pesquisa, o  $X^2$ , para n.g.l. = 3, n. sig. 0,05 e  $X^2_c = 7,81$  constatou  $X^2_c = 40,32$ , o que permite afirmar que foi significativa a concentração de artigos de pesquisa na área de Psicologia do Desenvolvimento ( $X^2_c = 28,30$ ).

Quanto à faixa etária (Tabela 3), nos artigos de pesquisa eram citadas principalmente pesquisas desenvolvidas com crianças (48,9%), em menor número apareciam os estudos referentes a adolescentes (21,8%) e adultos (15,1%). Entre os artigos teóricos, a maioria (89,4%) não fazia referência a uma faixa etária específica. O teste de  $X^2$ , para n.g.l. = 6, n. sig. 0,05 e  $X^2_c = 12,6$  constatou  $X^2_c = 256,95$ , o que permite afirmar que existe uma diferença significativa entre artigos teóricos e de pesquisa, no que diz respeito à faixa etária envolvida nos estudos.

No que diz respeito à distribuição dos artigos de pesquisa considerando-se a faixa etária (Tabela 3), constatou-se que a maioria deles envolvia a participação de crianças (48,9%), seguida por adolescentes (21,8%) e adultos (5,4%), sendo observada nas outras categorias uma frequência bem menor de sujeitos. A consideração da área temática (tabela 3) evidenciou que em Psicologia do Desenvolvimento predominavam os estudos referentes a crianças (71,1%), em Psicologia da Personalidade a maioria relacionava-se a participantes adoles-

**Tabela 2.** Frequência de Artigos Teóricos e de Pesquisa por Área Temática Pesquisada.

| Áreas Temáticas                      | Artigos Teóricos |       | Artigos de Pesquisa |       | Não Classificados |       |
|--------------------------------------|------------------|-------|---------------------|-------|-------------------|-------|
|                                      | Frequência       | %     | Frequência          | %     | Frequência        | %     |
| Psicometria, Estatística Metodologia | 14               | 24,6  | 42                  | 17,6  | 1                 | 25,0  |
| Psicologia Personalidade             | 34               | 59,6  | 43                  | 18,0  | 1                 | 25,0  |
| Psicologia Desenvolvimento           | 9                | 15,8  | 142                 | 59,4  | 2                 | 50,0  |
| Psicologia Educacional               | 0                | 0,0   | 12                  | 5,0   | 0                 | 0,0   |
| Total                                | 57               | 100,0 | 239                 | 100,0 | 4                 | 100,0 |

centes (44,2%) e adultos (42,0%). Na área temática Psicometria, Estatística e Metodologia os artigos dividiam-se entre adolescentes (33,3%), adultos (26,2%) e crianças (23,8%). Em Psicologia Educacional predominavam os estudos referentes a adolescentes (50,0%) seguidos dos referentes a crianças (33,4%).

A análise dos dados, considerando a faixa etária dos sujeitos envolvidos em artigos de pesquisa, por meio do teste de  $X^2$ , para n.g.l. = 5, n. sig. 0,05 e  $X^2_c = 11,1$ , constatou  $X^2_c = 193,12$ , o que permite afirmar que foi significativa a concentração de artigos de pesquisa referentes à participação de crianças ( $X^2_c = 103,22$ ).

**Tabela 3.** Distribuição dos Artigos Teóricos e de Pesquisa por Faixa Etária.

| Faixa Etária                  | Artigos Teóricos |       | Artigos de Pesquisa |       |
|-------------------------------|------------------|-------|---------------------|-------|
|                               | Frequência       | %     | Frequência          | %     |
| Criança                       | 2                | 3,5   | 117                 | 48,9  |
| Adolescente                   | 0                | 0,0   | 52                  | 21,8  |
| Adulto                        | 1                | 1,8   | 36                  | 15,1  |
| Criança/Adulto                | 2                | 3,5   | 13                  | 5,4   |
| Criança/Adolescente           | 1                | 1,8   | 7                   | 2,9   |
| Adolescente/Adulto            | 0                | 0,0   | 11                  | 4,6   |
| Faixa etária não especificada | 51               | 89,4  | 0                   | 0,0   |
| Não classificados             | 0                | 0,0   | 3                   | 1,3   |
| Total                         | 57               | 100,0 | 239                 | 100,0 |

**Tabela 4.** Distribuição dos artigos de Pesquisa por Faixa Etária e Área Temática.

| Faixa Etária/Áreas  | Psicometria, Estatíst. Metod. |       | Psicologia da Personalidade |       | Psicologia do Desenvolvimento |       | Psicologia Educacional |       |
|---------------------|-------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------------------------|-------|------------------------|-------|
|                     | Freq.                         | %     | Freq.                       | %     | Freq.                         | %     | Freq.                  | %     |
| Criança             | 10                            | 23,8  | 2                           | 4,6   | 101                           | 71,1  | 4                      | 33,4  |
| Adolescente         | 14                            | 33,3  | 19                          | 44,2  | 13                            | 9,2   | 6                      | 50,0  |
| Adulto              | 11                            | 26,2  | 18                          | 42,0  | 6                             | 4,2   | 1                      | 8,3   |
| Criança/Adulto      | 0                             | 0,0   | 0                           | 0,0   | 13                            | 9,2   | 0                      | 0,00  |
| Criança/Adolescente | 1                             | 2,4   | 1                           | 2,3   | 4                             | 2,8   | 1                      | 8,3   |
| Adolescente/Adulto  | 4                             | 9,5   | 2                           | 4,6   | 5                             | 3,5   | 0                      | 0,0   |
| Não classificados   | 2                             | 4,8   | 1                           | 2,3   | 0                             | 0     | 0                      | 0,0   |
| Total               | 42                            | 100,0 | 43                          | 100,0 | 142                           | 100,0 | 12                     | 100,0 |

## DISCUSSÃO

A frequência de estudos sobre temperamento nas áreas temáticas selecionadas permite o questionamento de algumas das características dos trabalhos desenvolvidos no período pesquisado. No entanto, devem ser consideradas as limitações encontradas no desenvolvimento do presente levantamento, lembrando que este destinou atenção apenas à palavra-chave “temperamento”, seja no título ou no resumo dos trabalhos presentes nas áreas temáticas escolhidas.

Foram encontradas dificuldades quanto à clareza do título dos trabalhos, na definição das palavras-chave e no discurso do resumo. No caso específico do temperamento, existem controvérsias teóricas, sendo que este tema pode ser tratado como sinônimo de personalidade (Eysenck & Eysenck, 1985).

Por meio da distribuição de frequência do aparecimento do tema proposto pelas áreas temáticas pesquisadas, observou-se que o maior número de trabalhos concentrava-se na área de Psicologia do Desenvolvimento, aparecendo em seguida a área de Psicologia da Personalidade. Esse dado corresponde ao fato de o temperamento ser considerado como um dos elementos da personalidade (Strelau, 1996), ou tratado como sinônimo dessa (Eysenck & Eysenck, 1985) ou, ainda, pelo fato de os pioneiros do estudo contemporâneo do temperamento atuarem no domínio da personalidade (Eysenck & Eysenck, 1985) e do desenvolvimento (Thomas, Chess & Korn, 1982). Segundo Goldsmith e Rieser-Danner (1990), a ênfase atual é nos aspectos do desenvolvimento e na interação de características individuais (temperamento) e ambientais que influenciam a adaptação da pessoa ao seu ambiente.

A área Psicometria, Estatística e Metodologia apareceu em terceiro lugar. Discute-se que os avanços no estudo do temperamento só podem ser consistentes quando os instrumentos utilizados garantem a qualidade das avaliações realizadas. Estudos na área da Psicometria são tidos como responsáveis pela melhoria da

qualidade das pesquisas em temperamento (Hubert, Wachs, Peters-Martin & Gandour, 1982). Pode-se dizer que este tipo de pesquisa caminha paralelamente aos avanços teóricos na área, assim como são dependentes deles os estudos transculturais (Angleitner, John & Löhr, 1986).

A área da Psicologia Educacional concentrou o menor número de publicações. Autores têm tratado da importância de o temperamento ser considerado como uma das fontes de informações para a avaliação educacional (Keogh & Bess, 1990). Outros têm buscado demonstrar relações do temperamento com estilos de trabalho (Friedensberg, 1985) e com adaptação escolar (Keogh, 1989; Strelau, 1991). Mesmo assim, a investigação do temperamento na área Educacional ainda se encontra em desvantagem em relação às outras áreas aqui constatadas.

A maior frequência de trabalhos relacionados a artigos de pesquisa pode ser justificada, dentre outros fatores, pelo ressurgimento desse tema no meio científico. Esse ressurgimento requer trabalhos de pesquisa em diferentes áreas de estudo, que possam não só colaborar para a revisão de controvérsias conceituais e metodológicas (Hubert, Wachs, Peters-Martin & Gandour, 1982), como também levar ao conhecimento de características temperamentais em diferentes situações, ambientes e populações (Strelau, 1991).

Entre os trabalhos de pesquisa, foi realizada uma análise por meio de faixa etária dos participantes envolvidos. A maior frequência na faixa etária criança corresponde a alguns dados da literatura que apontam para a infância como o maior interesse dos pesquisadores atuais do temperamento (Rothbart, 1989). Principalmente nos EUA existe grande ênfase em estudos de bebês e crianças até a meia infância, sendo utilizado, na maioria dos casos, o relato dos pais ou do adulto responsável como fonte de avaliação dos atributos do comportamento da criança (Goldsmith & Rieser-Danner, 1990; Martin & Wisenbaker, 1995).

As faixas etárias adolescentes e adultos apareceram na seqüência. Pode-se dizer que as

pesquisas nestas faixas etárias não fazem parte da prioridade dos estudos sobre temperamento. No entanto, seria necessário obter maiores informações sobre a região de origem destes trabalhos, já que os EUA têm tradição no estudo do temperamento de crianças (Thomas, Chess & Korn, 1982) e, por outro lado, na Europa os estudos estendem-se a outras faixas etárias além da infância (Strelau, 1991).

Considerando-se separadamente as diferentes áreas pesquisadas de acordo com a faixa etária dos sujeitos, a área Psicologia do Desenvolvimento concentra a maior parte de estudos com crianças, o que reforça a tendência em preocupar-se com as origens biológicas do temperamento por meio de estudos a partir do nascimento (Rothbart, 1989). Psicologia da Personalidade, por outro lado, concentra estudos com adolescentes e adultos e, verificando-se os temas destes trabalhos, observa-se a preocupação por questões adaptativas, stress, impacto social, psicopatologia e profissão.

Em Psicometria, Estatística e Metodologia existe maior distribuição de trabalhos pelas diferentes faixas etárias, fato que pode estar relacionado à necessidade de desenvolvimento e aprimoramento de instrumentos de avaliação destinados a populações diversificadas.

A presente pesquisa, apesar das limitações mencionadas a princípio, ofereceu alguns dados sobre o “estado da arte” no estudo do temperamento nos últimos anos, e também levantou alguns questionamentos específicos quanto: à limitação de estudos sobre temperamento e educação; à necessidade de maiores investigações com faixas etárias diversificadas, além da infância; e às dificuldades de indexação dos estudos realizados com este tema.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLPORT, W.G. (1966). *Personalidade: Padrões e desenvolvimento* (D.M. Leite, Trad.). São Paulo: Editora Herder. (Original publicado em 1961).
- ANGLEITNER, A., John, O. P. & Löhr, F.J. (1986). It's what you ask and how you ask it: An itemmetric analysis of personality questionnaires. Em A. Angleitner & J.S. Wiggins (Orgs.), *Personality Assessment via Questionnaires* (pp. 61-108). Berlim: Springer-Verla.
- CLARK, L. A. & Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. Em L.A.Pervin & O.P. John (Orgs.), *Handbook of Personality – Theory and Research* (pp. 399-423). New York: Guilford.
- EYSENCK, H. & Eysenck, M.W. (1985). *Personality and Individual Differences*. London: Plenum Press.
- FENATI, R. (1987). A análise das ciências. *Síntese*, 40 101-105.
- FRIENDENBERG, E. (1985). Reactivity and individual style of work exemplified by constructional type task performance: A developmental study. Em J. Strelau, F.H. Farley & A. Gale (Orgs.), *The Biological Bases of Personality and Behavior: Theories, Measurement and Development* (pp.241-253). New York: Hemisphere Publishing Corp/Harper & Row Publishers.
- GOLDSMITH, H.H. & Rieser-Danner, A. (1990). Assessing early temperament. Em C. R. Reynolds. & R. W. Kamphaus (Orgs.), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Personality, Behavior and Context* (pp.245-271). New York: Guilford Press.
- HUBERT, N.C., Wachs, T., Peters-Martin, P. & Gandour, M.J. (1982). The study of early temperament: Measurement and conceptual issues. *Child Development*, 53.571 - 600.
- ITO, P. C. P. & Guzzo, R. S. L. (2002). Diferenças Individuais: temperamento e personalidade; importância da teoria. *Estudos de Psicologia*, 19(1), 91-100.
- KEOGH, B.K. (1989). Applying temperament research to school. Em G.A. Kohnstamm, J.E. Bates & M. K. Rothbart (Orgs.), *Temperament in Childhood* (pp.437-450). Chilchester: John Wiley & Sons.

- KEOGH, B.K. & Bess, C.R. (1990). Assessing temperament. Em H.L. Swanson (Org.), *Handbook of Learning Abilities: Theory, Research and Practice* (pp.13-329). Texas: Pro Ed.
- MARTIN, R.P. & Wisenbaker, J. (1995). *Prediction of teacher rated behavior problems at 12-years from maternal ratings of temperament in infancy*. Paper presented at the 7<sup>th</sup> Meeting of the International Society for the Study of Individual Differences. Warsaw, Poland.
- RODRIGUES, M.M.P. (1999). Desenvolvimento das relações pais – filhos: uma abordagem evolutiva. Em A. M. Carvalho (Org.), *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação* (pp. 53-70). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ROTHBART, M.K. (1989) Temperament and Development. Em G. A. Kohstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart, M.K. (Orgs.), *Temperament in Childhood* (pp.187-247). Chichester: John Wiley & Sons.
- STRELAU, J. (1991). *Temperament and giftedness in children and adolescents*. Paper presented at the 9<sup>th</sup> World Conference on Gifted and Talented Children - The Hague, Netherlands.
- STRELAU, J. (1996). The regulative theory of temperament: current status. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 131-142.
- STRELAU, J. (1998). *Temperament: a psychological perspective*. New York: Plenum Press.
- THOMAS, A., Chess, S. & Korn, S.J. (1982) The reality of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 28(1), 1-20.

Recebido para publicação em 06 de maio de 2003 e  
aceito 01 de dezembro de 2003.



# EVOLUÇÃO DOS PROCESSOS DE TRIAGEM PSICOLÓGICA EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

## *IMPROVEMENT OF THE TRIAGE PROCESSES IN A PSYCHOLOGY CLINICAL SCHOOL*

Hélvia Cristine Castro Silva PERFEITO<sup>1</sup>  
Sandra Augusta de MELO<sup>2</sup>

### RESUMO

*Este trabalho é um relato de experiência sobre a evolução dos processos de triagem em um serviço de Psicologia aplicada de uma universidade federal. Apresenta breve histórico desse serviço de extensão na universidade e na rede de atendimento à saúde pública; procura compreender o desenvolvimento de suas rotinas no âmbito acadêmico, técnico e assistencial; observa que a evolução desses procedimentos está relacionada com a busca de ocupação de um lugar que venha articular ensino, pesquisa e extensão e conclui, finalmente, que o serviço em questão não pôde realizar esta tarefa por causa de questões institucionais, ou seja, das dificuldades de integração e articulação entre os diferentes segmentos envolvidos, gerando a necessidade de se repensar e construir uma nova prática.*

**Palavras-chave:** triagem psicológica; clínica-escola de psicologia; psicologia clínica.

### ABSTRACT

*This paper is an experience report about the evolution of the triage processes in a applied psychology service of a federal university: shows a brief history of this extension service that attends the public health net; it looks for to comprehend the development of its routines in the academic, technical and assistance field; observes that the evolution of these proceedings connects*

---

<sup>(1)</sup> Psicóloga do Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia; Especialista em Psicologia Clínica. Endereço para correspondência: Rua 1 nº 91 – Jardim Panorama Araguari/MG Cep: 38440-240.

<sup>(2)</sup> Psicóloga e Doutora do Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia e docente do Centro Universitário do Triângulo. Endereço para correspondência: Av.: João XXIII nº 698 Santa Maria – Uberlândia/MG Cep: 38408-056. E-mail: saugusta@nanet.com.br

*to the search of a role to articulate the teaching, research and extension and finally concludes that, this service, can not manage this task because the institutional issues, it means, the difficulties of integration and articulation between the different parts involved, creating the need to change and build a new practice.*

**Key words:** *psychologist triage; psychology clinical school; clinical psychology.*

## INTRODUÇÃO

A Psicologia Clínica é um campo de aplicação da Psicologia que impõe desafios aos educadores. Somente estudar Psicologia Clínica não ensina a ser clínico: ser clínico se aprende sendo, ou seja, a ênfase do estudo teórico nesta área não refuta a idéia de que a clínica se aprende no contato com o paciente. Esta é a importância crucial das clínicas-escola que, por lei, devem fazer parte dos serviços de Psicologia aplicada ligados aos cursos.

Entretanto, não há modelos pré-formados para a constituição destes espaços de aprendizado que, para além de sua função no ensino, devem sustentar-se num tripé que inclui ainda a extensão e a pesquisa – cerne da função que as universidades desempenham na sociedade, ao menos idealmente.

A rotina das clínicas-escola é complexa e envolve diversos segmentos e atividades diferentes para servir a objetivos também diferentes, embora interdependentes. Práticas de disciplina, estágios supervisionados, os interesses e necessidades da população e a necessidade de disponibilizar e estruturar dados que possam ser utilizados para pesquisas coexistem e precisam ser atendidos no espaço dos serviços de Psicologia aplicada. Estas três vertentes – ensino, pesquisa e extensão - não são de fácil articulação numa proposta única de trabalho, muito embora façam parte de um só projeto que, de uma forma mais ampla, podemos dizer tratar-se do projeto de “universidade” - espaço no qual se pretende produzir, transmitir e aplicar conhecimentos.

Apesar de ser uma necessidade óbvia, a articulação entre extensão, ensino e pesquisa, que consta nos objetivos de todas as universi-

dades, não se mostra, ao menos na área da Psicologia, um denominador fácil de ser atingido. Este trabalho descreve a trajetória de uma busca nesse sentido e procura avaliar a eficácia dos procedimentos utilizados na sua realização; é um relato de experiências e esforços empreendidos para realizar os objetivos descritos acima, e uma avaliação do que se pôde conseguir com a atual organização da rotina dos atendimentos em triagem na clínica-escola da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, constituída como Núcleo Integrado de Psicologia (NIPSI).

## O LUGAR DO ENSINO DA PSICOLOGIA APLICADA

Uma articulação perfeita entre a pesquisa, a extensão e o ensino deveria fundar-se em pesquisas epidemiológicas que mapeassem a clientela e os atendimentos oferecidos pelos serviços de Psicologia aplicada das universidades. Somente por meio desses dados, poder-se-ia delinear as ações e possibilitar correções de rumo na extensão e no ensino, norteando até mesmo a construção dos currículos. Entretanto, na prática isso não é uma tarefa fácil.

Num serviço de Psicologia aplicada a rotina envolve vários aspectos que se entrelaçam, como: recepção; construção do *kit* de prontuário, com seus formulários, pela secretaria; pré-seleção de clientes, segundo a clientela-alvo ou o critério de existência de vagas; forma de registro dos dados; uso da clínica por profissionais e estagiários com diferentes propósitos; uniformidade da rotina de registro, até o relacionamento entre pessoas que incorporam a clínica de forma definitiva e aqueles

que somente ocasionalmente lançam mão de seu espaço e procedimentos.

A estrutura e a dinâmica dos espaços de aplicação da psicologia nas universidades, parecem ser indicativos de como são integrados, ou não, o ensino, a pesquisa e a extensão numa dada instituição.

Uma reflexão e a melhoria deste espaço envolvem uma articulação de todos os segmentos: técnicos administrativos, alunos, professores, supervisores e clientela e isso não é algo simples de se conseguir. Trata-se, na verdade, de um desafio de gestão, numa organização – a universidade – que, histórica e culturalmente, carrega entraves administrativos peculiares.

Aparentemente, a necessidade de uma avaliação e mudança de funcionamento em um empreendimento tão complexo, como os centros de Psicologia aplicada, fica enormemente dificultada, pois as questões de gestão nas universidades, especialmente as públicas, são desvalorizadas ou caem por terra diante de outra prioridade: a política tanto interna como externa à instituição.

A operacionalização do funcionamento das clínicas-escola é tão desafiante que vários encontros entre profissionais têm sido promovidos e artigos têm sido produzidos sobre as iniciativas institucionais que buscam um funcionamento ótimo a partir de questões específicas. Exemplo disso são os trabalhos de Fontolan (1997) e Bartz (1997) que discutiram suas experiências nos atendimentos de plantão psicológico no V Encontro Estadual de Clínicas-Escola da Universidade São Judas, assim como o de Morato e outros (1997), que fizeram uma reflexão sobre as implicações teórico-práticas em plantão psicológico no XXVI Congresso Interamericano de Psicologia em São Paulo.

Não obstante essas e muitas outras iniciativas realizadas por outras faculdades que possuem um centro de Psicologia aplicada, não há um modelo recomendável e adequado aos propósitos desse órgão que possa ser chamado padrão, ainda mais pelas diferenças regionais e pelas diferenças nas estruturas das universidades.

Estas dessemelhanças inviabilizam a generalização, embora não os intercâmbios. As clínicas-escola de Psicologia têm que buscar caminhos singulares para a construção de rotinas adequadas e para a solução das questões que lhes são impostas pelo desafio de cumprir sua vocação que é tão complexa.

Esses desafios não aparecem descolados dos desafios da própria profissão. O espaço se institui com a mesma complexidade e com os mesmos problemas que se relacionam à construção da identidade profissional agravados, entretanto, por questões de ordem prática que pedem soluções também práticas.

Num trabalho de 1983, Lopez estuda as clínicas-escola da cidade de São Paulo e conclui que as dificuldades destes órgãos refletiam as indefinições do psicólogo quanto ao seu lugar e suas práticas diante das solicitações da comunidade. Hoje em dia, estas dificuldades são encaradas como parte da diversidade do campo da Psicologia e da própria condição humana mutável, que exige do psicólogo uma postura criativa e flexível, possibilitando que haja um trânsito por diversos saberes e fazeres (Ancona-Lopez, 1996).

É essa mesma flexibilidade e essa criatividade que a construção de um espaço clínico-educacional impõe às universidades. Ou seja, não há soluções prontas, mas todas a serem criadas mediante novos e antigos desafios.

Apesar de dificilmente poder ser copiada, a estruturação dos serviços de atendimento à saúde pública em clínicas-escola pode fomentar reflexões, discussões e servir de parâmetro para outras iniciativas.

Se observado através de sua história, pode-se dizer que o Núcleo de Psicologia aplicada da Universidade Federal de Uberlândia inicialmente funcionava quase que exclusivamente como um órgão centrado no ensino. A ênfase exclusiva nessa vertente acabava gerando enormes filas de espera, em que as pessoas dificilmente eram atendidas, além do que não havia uma padronização em seus procedimentos. Nessa época ocorriam fatos curiosos, como a identificação de

clientes em espera que já haviam falecido sem terem sido atendidos.

Num segundo momento, houve uma implementação do serviço de extensão e o direcionamento do foco para as necessidades da comunidade, o que gerou um atendimento muito maior em quantidade do que em qualidade. Nesta fase, a preocupação com a clientela ocupou o centro; entretanto, as tentativas de atendimento em quantidade eram predominantes, o que indisponibilizava a clínica para o exercício de uma busca da excelência.

Posteriormente, então, deu-se ênfase na qualidade. Os profissionais se voltaram para a possibilidade e necessidade de construir um espaço em que o foco recaísse sobre a excelência no atendimento, já que o órgão não tinha as características de um serviço ambulatorial *strictu sensu*, mas antes de um local em que diferentes interesses deveriam ser conciliados, como discutido anteriormente. Surgiu, no grupo de trabalho, a consciência de que o poder público deveria arcar com aquilo que lhe caberia e a compreensão de que o NIPSI seria mais uma peça na estrutura do atendimento à saúde mental, com a peculiaridade de estar ligada a um órgão que visa ao ensino e à pesquisa.

A necessidade de uniformizar procedimentos, gerar e disponibilizar dados para pesquisa veio junto com essa fase e essa consciência. Discute-se este ponto adiante.

## HISTÓRIA DO NIPSI

### O NIPSI e a distritalização da atenção à saúde mental em Uberlândia

O Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) foi organizado em 1979, em conformidade com a lei 4119, que versa sobre a criação dos cursos de Psicologia e dos serviços de Psicologia aplicada nas universidades brasileiras.

Desde sua fundação até 1988, todos os atendimentos no NIPSI eram realizados por

supervisores docentes e seus estagiários. A partir de então, duas psicólogas iniciaram o trabalho de atender à alta demanda em espera gerada nos anos anteriores pelos estágios supervisionados, já que, com a finalização do tempo previsto para os estágios e/ou o desligamento dos alunos por ocasião da sua formatura, os pacientes eram deixados em espera. Além disso, muitos prontuários eram abertos sem que os pacientes fossem efetivamente atendidos.

Em 1992, outra psicóloga foi incorporada à equipe e passou a realizar triagens de pacientes, além de atender os pacientes que ficavam ou voltavam às filas de espera após os estágios.

A partir desse ponto, inaugurou-se uma nova frente de atuação para a clínica-escola além do ensino: a atividade de extensão propriamente dita, com a presença de profissionais psicólogos contratados especificamente para isto.

Em 1996, o grupo de psicólogos, contando então com quatro membros, começou a se organizar em torno da idéia de humanizar o atendimento, extinguir as filas de espera e desenvolver um processo de triagem adequado aos seus propósitos.

Com a participação da coordenação do NIPSI, o processo de triagem passou, então, a vigorar na forma de estágio supervisionado de 10 estagiários do curso de Psicologia da UFU, selecionados a cada ano, com o objetivo principal de atender às demandas infantil, adolescente e adulta, originárias de todo o município e ainda de municípios vizinhos.

Em 1997, foi instituído o Plano Diretor de Saúde Mental de Uberlândia, por meio de fórum de discussões desde o ano anterior. Foram estabelecidas diretrizes e normas sobre a assistência, a promoção de saúde e a reinserção social do portador de sofrimento psíquico. Com isso, houve uma reformulação do sistema existente visando à racionalização do modelo de atenção à saúde, viabilizada pela efetiva interinstitucionalização das partes envolvidas.

O NIPSI foi incluído nesse processo como um dos dispositivos de atendimento à saúde

mental dentro dos recursos do município e, com isso, várias alterações foram possíveis com a finalidade de buscar a excelência ao em vez da quantidade de atendimentos.

Algumas mudanças foram realizadas obedecendo princípios sanitários definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No novo arranjo, a cidade foi dividida em setores sanitários definidos em norte, sul, leste, oeste e centro, que passaram a ter dispositivos de saúde que delimitavam suas ações para as populações dos bairros do setor. Assim, cada centro de saúde não mais atenderia a toda a cidade, mas somente à população dos bairros próximos.

Nesse redimensionamento coube ao NIPSI atender pacientes procedentes do distrito sanitário leste do município.

Essas medidas organizaram o atendimento municipal à saúde mental como um todo, possibilitando a otimização dos recursos, gerando melhoria qualitativa no atendimento e reduzindo filas de espera. Isto pôde ser observado em todos os setores e para o NIPSI abriu novas possibilidades que o colocavam frente a frente com sua função enquanto uma clínica-escola, ou seja, constituir-se um núcleo de apoio ao tripé ensino-pesquisa-extensão.

## O PROCESSO DE TRIAGEM NO NIPSI

O processo de triagem é a porta de entrada dos pacientes ao “universo Psi”, pois os clientes desconhecem o que é um serviço psicológico, uma vez que este tipo de trabalho não tem repercussão em seu universo cultural e educacional.

Se o paciente não se sentir mobilizado pelo primeiro atendimento, talvez não prossiga na sua busca por ajuda e, nesse sentido, a triagem promove uma conscientização maior do paciente bem como da família em relação às suas dificuldades.

Entrevistas de triagem costumam ser mais do que coleta de dados com os quais se organiza um raciocínio clínico sumário que vai orientar o

encaminhamento. As entrevistas tomam a forma de uma intervenção breve, já que ao dar aos clientes uma oportunidade de se engajarem em seu próprio atendimento, torna-os responsáveis por seus problemas (Ancona-Lopez, 1995).

O simples acolhimento já tem significado importante para muitos clientes. Por acolhimento entende-se uma disposição afetiva do psicólogo, uma atitude de escuta que visa receber, aceitar, em que a expressão do sofrimento já proporciona alívio ou mesmo certa clareza em relação à situação vivida, criando condições para modificá-la.

É dessa maneira que o processo de triagem é realizado e encarado no NIPSI: não como um mero processo de seleção de demanda ou coleta de dados da história do cliente, mas como parte da intervenção psicoterapêutica propriamente dita. Nessa fase há uma clarificação da situação psicodinâmica individual ou grupal, para além do simples levantamento de dados e isso tem efeito psicoterapêutico. Essa discussão está de acordo com as idéias de Ancona-Lopez (1995), quando discorre sobre o psicodiagnóstico também como processo de intervenção. As altas durante o processo de triagem são um indicativo relevante que corrobora com tal idéia.

A triagem, para o psicólogo, é um processo de conhecimento de quem procura por atendimento e que busca, muito além dos sintomas, saber qual é o sofrimento e onde estão suas causas. Para muito além dos sintomas, das queixas, das designações nosológicas, o processo de conhecimento do cliente procura uma compreensão mais ampla e mais aprofundada do sujeito e do grupo em que ele está inserido. Encontramos respaldo para isso em trabalhos como o de Brasil (1999), que discute sobre a compreensão do fenômeno psicológico incorporado aos determinantes econômico-sociais e culturais presentes nas demandas populacionais que buscam o serviço de saúde mental.

O processo de triagem pode ser contínuo à psicoterapia quando o triador é o mesmo que atenderá o cliente, ou pode constituir uma etapa à qual se seguirá outra nova, com outro profissional, quando houver encaminhamento. Outra

possibilidade é que a alta ocorra durante o processo de triagem.

Falando de outra forma, a triagem é um processo psicodiagnóstico que tem início, meio e fim, dura de 4 a 5 sessões, mas cujo fim não será percebido pelo cliente quando for um processo contínuo, mas somente quando houver necessidade de que o paciente seja encaminhado.

Essa necessidade de encaminhamento pode vir do caso, quando há uma indicação para a qual o triador não está preparado para atender; do triador, quando este está sobrecarregado de atendimentos; ou também quando há solicitação de pacientes para atendimento para outros estágios supervisionados do curso de psicologia. Neste caso, os pacientes são triados e encaminhados aos supervisores conforme a necessidade e especificações do tipo de caso a que o estágio se destina a atender.

É preciso ressaltar, entretanto, que esse modelo não foi assim concebido desde o início do funcionamento do NIPSI, mas é o resultado da práxis desenvolvida ao longo dos anos pela equipe de psicólogos.

No NIPSI, a triagem é considerada uma etapa importante nas suas três frentes de atuação: extensão, ensino e pesquisa, uma vez que proporciona atendimento à comunidade, é o ponto forte do estágio oferecido pelos psicólogos e é uma rica fonte de dados que pode gerar pesquisas diversas.

Avaliando a história do modelo de atendimento feito pelos psicólogos técnico-administrativos adotado no NIPSI, pode-se dizer que no início ele se prestava a diminuir a fila de espera e a atender os casos que foram atendidos mas não concluídos pelos estágios. Em outras clínicas-escola de Psicologia pode-se também perceber a constante preocupação com filas de espera, como ilustrado no trabalho de Peres (1997), que retratou uma tentativa de minimizar estas filas, por meio da utilização de triagem grupal, objetivando dinamizar o atendimento, conhecer melhor a clientela e planejar intervenções mais efetivas.

A triagem dos pacientes ingressantes no NIPSI até o final do ano de 2002 foi realizada no sistema de plantões por 10 alunos estagiários, tendo como supervisores os psicólogos do NIPSI. Nos plantões os alunos permaneciam disponíveis para atender a demanda, durante todo o turno a eles designado, em dois períodos de quatro horas.

O estágio em triagem tinha por objetivo oferecer oportunidade ao aluno de vivenciar este processo de recepção e avaliação dos pacientes, delineando os diversos quadros psicopatológicos, e desenvolvendo o raciocínio clínico.

Os plantões funcionavam em dias fixos da semana para cada faixa etária: infantil, adolescente e adulto. Este procedimento visava facilitar à população saber quando procurar por atendimento. É preciso ressaltar que, sempre que havia excedente de pacientes, os plantões eram fechados. Esta decisão foi tomada pelos supervisores, tendo em vista o número de pacientes que podiam ser atendidos pelos supervisores psicólogos, pelos seus estagiários e pelos estágios que eram oferecidos e que solicitavam pacientes ao sistema de triagem.

Aqueles pacientes triados nos plantões eram atendidos imediatamente após a conclusão da triagem objetivando-se, desta forma, um melhor nível de resolutividade e alívio dos sofrimentos psíquicos, especialmente pelo aproveitamento da motivação do paciente no momento em que procurava por ajuda na clínica psicológica. Além disso, esta forma de proceder evitava a formação de filas de espera.

Sob o ponto de vista da pesquisa, pode-se dizer que os prontuários gerados no serviço de plantão, tal qual era realizado até o fim do ano de 2002, ou seja, de forma padronizada, se encontram em condições de oferecer material organizado para pesquisas clínicas diversas e estão à disposição de pesquisadores da Instituição.

Vale ressaltar que, casos que não passaram pela triagem ficaram fora de levantamentos estatísticos por não seguirem padrões de registro, sendo impossível qualquer tipo de controle sobre eles.

## O REGISTRO DE DADOS

Por estar inserido em uma faculdade, o NIPSI não escapa à sua vocação para fomentar e produzir pesquisa. A preocupação com o levantamento de dados estatísticos da triagem ocorre desde 1996, pois percebeu-se a riqueza de dados que eram gerados pelos atendimentos. Naquela ocasião, começaram-se a fazer tabulações dos casos triados em relação à faixa etária, ao sexo, ao encaminhamento, à procedência (bairros) e queixas. Pesquisas semelhantes são encontradas nos trabalhos de Têrzi e Carvalho (1988) e Barbosa (1994) sobre a identificação da população atendida em clínicas-escola.

As tabulações eram feitas manualmente sobre o material bruto dos prontuários dos pacientes. Estes prontuários muitas vezes encontravam-se incompletos, por falta de estruturação de registro de dados e de procedimentos de pesquisa. Exemplos deste trabalho são mostrados em anexo (anexo 1).

Pode-se observar naquele registro (anexo 1) o número elevado de pacientes atendidos em triagem naquela ocasião. Este fato devia-se à falta de normas e à delimitação da população atendida, abrangendo todo o município e ainda municípios vizinhos. A maioria dos atendimentos era realizada em grupo e os profissionais supriam a alta demanda com outros estágios além da triagem, chegando-se a ter 30 estagiários atuando no atendimento, sob supervisão de quatro psicólogos.

Daquela época até o presente, pode-se observar, como já dito anteriormente, uma mudança que adequou o tipo de atendimento ao perfil de uma clínica – escola: a troca da quantidade pela qualidade e a preocupação em extinguir filas de espera – que por si só constitui uma ranhura nos princípios éticos.

Nos anos de 1999 a 2001, foram instituídas novas formas de registro de dados nos prontuários dos pacientes atendidos em plantão. Para isso foram feitas visitas a clínicas-escola de outras universidades, foram colhidas informações sobre seus procedimentos de captação, seleção e

atendimento da demanda, assim como sobre documentação em prontuários e demais rotinas da secretaria.

Foram criados: um novo modelo de anamnese, um para atendimento de adultos e outro para crianças e adolescentes, uma “Ficha com dados do atendimento”; uma folha de “Autorização para uso dos dados clínicos e epidemiológicos em pesquisas e publicações”; e, por último, um formulário para “Levantamento de dados epidemiológicos e clínicos dos processos de triagem” – que consiste num resumo dos dados do caso com vistas a pesquisas. Esta súmula, assim como outros formulários, deverão sofrer alterações segundo a avaliação que é feita sobre eles, a partir do seu uso.

## CONCLUSÕES

A intenção implícita na formatação do processo de triagem em vigor durante os anos de 1996 até 2002, e dos procedimentos de registro de dados que evoluíram a partir de sua prática foi constituir a porta de entrada de pacientes no NIPSI e, dessa maneira, uniformizar rotinas e registros de forma a disponibilizar dados para a realização de investigações, servindo a todos os pesquisadores ligados ao curso de psicologia.

A proposta desse processo de triagem era a articulação do serviço de extensão dentro do ensino clínico com os diversos estágios, em diferentes abordagens, oferecidos pelo curso. Isto é, como porta de entrada, a triagem identificaria e direcionaria os pacientes segundo o diagnóstico e as solicitações dos supervisores. Os pacientes seriam encaminhados para os estágios segundo particularidades de cada um.

Mas isso não se efetivou na prática, já que não houve uma regularidade no oferecimento dos estágios supervisionados dos professores que eram abertos por períodos temporários e atendiam a demandas específicas e, em geral, não requisitavam os pacientes ao serviço de triagem já estruturado, preferindo captá-los de outras maneiras.

As razões para isso podem ser atribuídas à falta de comunicação imposta pela distância entre as carreiras docente e administrativa e a falta de articulação, ou seja, trabalho em equipe; e também à decrescente abertura de estágios pelos professores-supervisores, uma vez que a oferta de estágios foi bastante reduzida por receber pontuação baixa na avaliação dos docentes.

Chegou-se à conclusão que o processo de triagem, embora idealizado para propósitos de integração, tornou-se algo fechado em si mesmo, visto que havia poucas possibilidades de encaminhamento de pacientes, ficando os atendimentos quase restritos aos profissionais responsáveis por essa tarefa e seus estagiários.

Atualmente, a demanda espontânea da triagem recebe atendimento pela própria equipe de psicólogos e seus estagiários em quase sua totalidade, fato comprovado em levantamento recente (Perfeito e Melo, 2003). Este fato aparece agravado pela alta demanda causada pelo fechamento dos atendimentos pela rede pública, que hoje se restringe à atenção aos casos graves, ficando o NIPSI como única referência para atendimento de casos leves e moderados do setor leste do município. Resulta disso uma superdemanda, a qual não é possível escoar no atual modelo de funcionamento: no ano de 2002, não foi possível manter o funcionamento semanal do plantão, esgotando-se as vagas nos primeiros meses do ano.

O sistema de plantão e triagem - como porta de entrada e instrumento de articulação entre os diversos segmentos (psicólogos, técnicos, supervisores, professores, alunos, estagiários, e clientela) e entre os diversos propósitos dentro da concepção de universidade (como órgão sustentado e sustentador do tripé ensino / pesquisa / extensão) - não conseguiu atingir seus propósitos, tal como concebidos pela equipe de psicólogos do serviço de Psicologia aplicada.

Mais uma vez são exigidas do psicólogo a flexibilidade e a criatividade para lidar com as

dificuldades institucionalizadas e, ao mesmo tempo, com demandas e mudanças diversas.

Apesar de uma certa frustração pelo fracasso do modelo construído nestes últimos anos, é preciso pensar em novas alternativas que sejam ao mesmo tempo adequadas, flexíveis e viáveis à realidade da Instituição.

Um alerta, entretanto, essa experiência parece deixar e ele se refere à origem das dificuldades encontradas na otimização dos procedimentos de atendimento em saúde pública psicológica no formato das clínicas-escola: a questão científica que nos leva a investigar formas de melhor atender à população, as maneiras de humanizar a relação com a clientela, melhores técnicas adequadas ao atendimento institucional não são suficientes se não forem discutidas e resolvidas as questões concernentes à gestão desse órgão.

Concluindo de outra forma, não obstante os intercâmbios e as pesquisas, e a busca das clínicas-escola de Psicologia por caminhos singulares para a construção de rotinas adequadas à solução das questões que lhes são impostas pelo desafio de cumprir sua vocação que é tão complexa, é preciso perceber que soluções que visam aos problemas ligados à prática da Psicologia não são suficientes sem a organização de aspectos estruturais e funcionais do espaço destinado a essa prática. Estes dois aspectos não podem realizar-se em separado.

As clínicas-escola e, de forma mais alargada, os núcleos de Psicologia Aplicada carecem, antes de qualquer coisa, de ser compreendidos como um sistema e uma organização viva, com todas as necessidades de gestão que lhe são peculiares.

## RERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANCONA-LOPES, M. (1983, abr/jun). Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; 2(35): 123-135.



- \_\_\_\_\_ (org.) (1995). *Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção*. São Paulo: Cortez.
- ANCONA-LOPEZ, S. (1996, jan/jun). Reflexões sobre entrevistas de triagem ou: na prática a teoria é outra. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*; 1(1):47-57.
- BARBOSA, J. I. C. SILVARES, E. F. de M. (1994, set). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*; 3(11):50-56.
- BARTZ, S. (1997). Plantão psicológico: atendimento criativo à demanda de emergência. V Encontro Estadual de Clínicas-Escola. *Caderno de resumos*, São Paulo, Universidade São Judas, p. 69.
- BRASIL, A. M. R. C. (1999, jul./dez). Um percurso de raciocínio clínico através da práxis multidisciplinar no atendimento à comunidade. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*; 8(4):105-127.
- FONTOLAN, V. (1997). Uma experiência no atendimento de plantão psicológico. V Encontro Estadual de Clínicas-Escola. *Caderno de resumos*, São Paulo, Universidade São Judas, p. 67.
- MORATO, H. T. P., ALBUQUERQUE, A. C.F., BARBANTE, L. F., CAMARGO, R. F., GALVÃO, L. F., HALPERN, M., HULLE, A. C., JARDIM, A. B., LAM, U., LERNER, R., MUNHOZ, C., NUNEZ, A. L., RAMALHO, S. A., SOARES, M. B., STREB, A. & SUGANO, C. F. (1997). Plantão psicológico como modalidade de atendimento em instituição: implicações teórico-práticas. *Resumos / Abstracts XXVI Congresso Interamericano de Psicologia*, São Paulo, SP, p.179.
- PEREZ, V. L. A. (1997, fev/ago). Triagem psicológica grupal: procedimento e resultados obtidos com lista de espera de crianças, adolescentes e adultos, em uma clínica-escola de psicologia. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*; 12/13:63-76.
- PERFEITO, H. C. C. S. e MELO, S. A. (2003). Caracterização da população infantil atendida entre 2000 e 2002 na clínica-escola de psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. No prelo.
- TERZIS, A., CARVALHO, R. M. L. L. (1988, out/dez). Identificação da população atendida na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Puccamp. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; 4(40): 87-97.

Recebido para publicação em 4 de junho de 2003 e aceito em 16 de fevereiro de 2004.

**Anexo 1: Tabulações de dados sobre os atendimentos realizados no ano de 1996****Tabela 1.** Distribuição da população atendida em triagem por faixa etária e sexo, em 1996.

|             | Masculino | Feminino | Total |
|-------------|-----------|----------|-------|
| Infantil    | 174       | 118      | 292   |
| Adolescente | 61        | 96       | 157   |
| Adulto      | 80        | 227      | 307   |
| 3ª idade    | 05        | 33       | 38    |
| Total       | 320       | 474      | 794   |

Fonte: Prontuários de pacientes atendidos em 1996.

**Tabela 2.** Distribuição de pacientes atendidos por idade, em 1996.

| Faixa etária |     | Faixa etária |    | Faixa etária |    |
|--------------|-----|--------------|----|--------------|----|
| 0-5          | 79  | 26-30        | 66 | 51-55        | 15 |
| 6-10         | 171 | 31-35        | 59 | 56-60        | 11 |
| 11-15        | 101 | 36-40        | 45 | 61-65        | 09 |
| 16-20        | 80  | 41-45        | 29 | 66-70        | 04 |
| 21-25        | 102 | 46-50        | 21 | 71-75        | 02 |

Fonte: Prontuários de pacientes atendidos em 1996.

**Tabela 3.** Distribuição de pacientes por tipo de queixas, em 1996.

|                                    | Infantil | Adolescente | Adulto | 3ª idade |
|------------------------------------|----------|-------------|--------|----------|
| Ansiedade                          | 0        | 0           | 19     | 0        |
| Atraso desenv. Neuro-psico-motor   | 15       | 0           | 0      | 0        |
| Depressão                          | 0        | 11          | 52     | 16       |
| Dificuldade escolar                | 111      | 14          | 0      | 0        |
| Dificuldade de relacionamento      | 0        | 21          | 55     | 0        |
| Insegurança e timidez              | 0        | 10          | 0      | 0        |
| Medo e fobia                       | 0        | 0           | 18     | 0        |
| Nervosismo e agressividade         | 37       | 21          | 44     | 0        |
| Problema de comportamento infantil | 24       | 0           | 0      | 0        |
| Problema sexual                    | 0        | 0           | 17     | 0        |
| Problema somático                  | 0        | 0           | 23     | 0        |
| Não consta                         | 37       | 26          | 45     | 0        |
| Total                              | 224      | 103         | 273    | 16       |

Fonte: Prontuários de pacientes atendidos em 1996.

# CONHECIMENTO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

## *KNOWLEDGE IN PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT*

Ana Paula Porto NORONHA<sup>1</sup>  
João Carlos ALCHIERI<sup>2</sup>

### RESUMO

*O presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento de estudantes de psicologia a respeito de conteúdos relacionados à avaliação psicológica. Participaram 342 alunos de duas instituições de ensino do interior, sendo uma de São Paulo e outra do Rio Grande do Sul. Para a realização do estudo foi elaborado um inventário de 45 itens, com questões dicotômicas, com o objetivo de investigar o conceito de avaliação, o uso de instrumentos e a aprendizagem de testes. Os resultados indicaram que houve diferença entre as instituições e que sujeitos sem acesso aos conteúdos de avaliação tiveram desempenhos menores do que os alunos que já cursaram disciplinas relativas à avaliação.*

**Palavras-chave:** *Avaliação psicológica, testes psicológicos, ensino de avaliação.*

### ABSTRACT

*The present study had as aim to analyze the knowledge of psychology students regarding contents related to the psychological assessment. Participated 342 students, from an institution of education in the interior of the province of São Paulo and other of Rio Grande do Sul. For the accomplishment of the study a 45 items test was elaborated with dichotomy questions, whose objective was to investigate the concept of assessment, the use of tests and the learning of tests. The results have indicated that there was difference among the groups and that students without courses of psychological assessment have gotten better performances than the ones.*

**Key words:** *Psychological assessment, psychological tests, learning of assessment.*

---

<sup>(1)</sup> Professora Doutora do Programa de Estudo Pós-Graduados em Psicologia da Universidade São Francisco. Endereço para correspondência: Rua: Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 Centro – Itatiba/SP Cep: 13251-900. E-mail: ananoronha@saofrancisco.edu.br

<sup>(2)</sup> Doutorando em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

## INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica (AP) é um exame de caráter compreensivo efetuado para responder questões específicas quanto ao funcionamento psíquico adaptado ou não de uma pessoa durante um período específico de tempo ou para prever o funcionamento psicológico da pessoa no futuro. A avaliação deve fornecer informações cientificamente fundamentadas tais que orientem, sugiram, sustentem o processo de tomada de decisão em algum contexto específico no qual a decisão precisa levar em consideração informações sobre o funcionamento psicológico.

A formação profissional em geral tem a responsabilidade de proporcionar uma formação crítica, que gere atuações seguras e que possa servir à sociedade da melhor forma possível (Ferreira, Almeida & Soares, 2001). Sobre o ensino de avaliação psicológica entende-se que ele representa um dos pontos principais na formação em Psicologia, e deve contemplar diferentes disciplinas em diversas áreas de ação do psicólogo como teorias da personalidade, medida em psicologia, teorias psicopatológicas, dentre outras (Alchieri & Bandeira, 2002).

Por muito tempo, essa temática foi considerada como sendo sinônimo de ensino de testes psicológicos, nos quais o professor tinha como função repassar os conhecimentos referentes ao manejo de instrumentos objetivos (ditos psicométricos) e projetivos. Para alguns cursos atualmente, essa é ainda uma realidade, especialmente aqueles que ainda incluem em seu currículo as disciplinas de técnicas de avaliação como únicas representantes da formação em avaliação psicológica.

Pensando em problematizar a questão da avaliação no ensino de Psicologia, elaborou-se uma base metodológica de esteio à formação em AP que visa amparar o ensino fundamentado em um triplo eixo: a medida psicológica, o uso dos instrumentos e a atividade profissional na avaliação. Nesse primeiro artigo será discutida a questão do uso de instrumentos, para contextualizar a questão e assim próximos trabalhos apresentarão uma aprofundada discussão

valendo-se dos dados apresentados aqui. Acredita-se que, desta maneira, será possível começar a leitura por qualquer um dos três tópicos e o leitor poderá ter a discussão contextualizada.

## ENSINANDO TESTES

O ensino de testes foi um dos pontos de base para a discussão da atividade profissional nos currículos de muitos cursos no Brasil e, sem dúvida, aquele que apresentou maior variabilidade. Desde a lei 4119 referente à criação dos cursos de psicologia, a questão dos testes já estava contemplada nas disciplinas de Técnicas de Exame Psicológico, as TEPs como eram coloquialmente chamadas. Uma vez que seu caráter era obrigatório, estavam elas divididas ao longo de um vasto currículo nos cursos do país. Assim, os instrumentos eram de escolha dos professores que ministravam as disciplinas, ou da direção do curso quanto à possibilidade de encontrar docentes que sabiam testes. Esta cultura dos testes lecionados caracterizava-se como "(...) uma prática a ser aprendida e reproduzida, perpetuava-se mecanicamente no ensino das universidades que multiplicavam a Psicologia pelo país" (Alchieri & Bandeira, 2002, p.3).

O ensino estava, então, respaldado pela seqüência interminável dos testes ensinados em sucessivos semestres cuja ênfase era o conhecimento da aplicação, da correção e da interpretação dos resultados. Ensinados nesta sucessão, o que menos importava era identificar condições de uso ou limitação dos instrumentos, o critério de escolha dos testes, a ausência de disciplinas que fundamentavam a medida psicológica, as teorias sobre personalidade e demais áreas avaliadas.

Os professores cuja experiência estava sustentada na utilização prática dos testes e assim, saber usar e aplicar um determinado teste era freqüentemente condição de ingresso na docência. As disciplinas de TEPs foram então as portas de entrada para muitos psicólogos poderem passar a ser docentes.

Com o quadro instalado, a discussão do que se podia ou não ensinar, como ensinar, quem poderia ensinar foi transpondo os muros da academia e chegando às plenárias de eventos científicos da área. Primeiramente, um grupo no Conselho Regional de Psicologia do RS (7ª Região) formou a Comissão de Métodos e Técnicas Psicológicas e com ela, em 1986, organizou um evento, único no país até então, o I Encontro sobre Testes Psicológicos do CRP 07 no Rio Grande do Sul (Alves, Alchieri & Marques, 2002). Com o objetivo de discutir basicamente o ensino de testes, o evento transformou-se, em pouco mais de três edições, num evento nacional de referência para a área e, em 1999, ganhou um caráter internacional. Outros eventos, nacionais e internacionais, representaram o mesmo anseio de discutir questões sobre testes psicológicos, geralmente associados com o tipo de instrumento, versões, cursos sobre testes e pesquisas na área. Em comum todos tratavam do descaso da categoria em relação ao instrumental, à falta de normas nacionais e à ausência de um maior cuidado por parte dos órgãos de classe com o uso indiscriminado dos testes.

Um certo número de referências hoje pode ser encontrado e respalda, assim, a origem e a caracterização das preocupações em relação aos trabalhos versando sobre o ensino das Técnicas de Exame Psicológico (Custódio & Duarte, 1986, Calejon & Vistué, 1994, Lima, 1994, Rocha Jr., 1994, Bueno, 1995, Jacquemin, 1995, Custódio, 1995, Schwartz, 1996, Rocha Jr. & Castro, 1997, Souza, 1997, Bromberg, 1997, Avoglia, 1997, Avoglia, Castro & Custódio, 1999, Gomes & Noffs, 1999, Alves, 2000, Castro, 2001, Calejon & Santos, 2001, Lima, 1999, 2001, Alchieri & Cruz, 2001, Alchieri & Bandeira, 2002).

Em que pese a importância da temática sobre o quê, como e quando ensinar, poucos trabalhos evidenciaram a questão partindo do ponto de vista dos instrumentos utilizados, de maneira a assegurar a representação do que

realmente acontece no ensino de instrumentos e quais eram eles (Jacquemin, 1995). Assim, os dados mais específicos sobre os instrumentos utilizados no ensino em distintas regiões do país puderam ser apresentados por Bandeira e cols (1995), Castro (1998), Pacheco e Takahashi (1999), Alves (2000) e Alves, Alchieri e Marques (2001). Um dos trabalhos pioneiros quanto à busca de sinais de identificação e caracterização das vicissitudes do uso de instrumentos no ensino e a percepção por parte dos docentes pode ser visto em Noronha (1999).

Também cabe a consideração do número de instrumentos em uso no país e suas principais características técnicas. Até pouco tempo (Alchieri, 2000), não existia um levantamento fidedigno sobre o número de instrumentos em uso no Brasil e, assim, a questão ficava pouco embasada quanto à verdadeira extensão da problemática.

Sabe-se que o número de testes comercializados no Brasil não ultrapassa duas centenas (mais especificamente 176, em verificação realizada até janeiro de 2003), sendo que destes, 80% não apresentam as mínimas condições de uso cientificamente asseguradas para estarem no mercado editorial. A análise das características técnicas (validade, precisão e padronização) está sendo objeto de investigação por parte de um projeto (Noronha, Alchieri & Primi, 2001) com apoio da FAPESP, além de representar um dos objetos de trabalho do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2001, 2003).

Atualmente a situação brasileira em AP é muito diferente do observado nas primeiras visões críticas das décadas de setenta e oitenta. Longe de termos uma carência de artigos e livros, estamos com uma das maiores produções na área da América Latina, existem mais sociedades e instituições científicas na área com representação nacional, o número de dissertações e teses sobre a questão da AP permite que se preveja uma massa crítica de pesquisadores e docentes capazes de conduzir pesquisa de ponta

na área e que com isto, o número de instrumentos e técnicas psicológicas tenha um correspondente de qualidade comparável e de nível internacional. Contudo, como está o ensino de avaliação psicológica, representado pelos instrumentos ensinados nos cursos de graduação?

A pergunta parte do pressuposto que há uma distinção entre o que é ensinado na prática profissional e o que é desenvolvido e pesquisado no Brasil atualmente. Uma das razões se fundamenta nos dados apresentados por Bandeira e cols. (1995) e em um recente trabalho (Alchieri, Parastchuck & Cruz, 2001) quanto ao ensino de testes em universidades da região sul do país. Observou-se nos instrumentos ensinados, no período de cinco anos, a ausência de mudança e renovação dos testes, ou seja, parece que a prática docente não se mostrou capaz de absorver a produção nacional e se atualizar a partir dela.

A realização do presente estudo baseou-se nas necessidades da área de avaliação psicológica e teve como objeto de trabalho a análise do conhecimento de AP de estudantes de dois cursos de Psicologia brasileiros.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram do presente estudo 322 sujeitos de cursos de psicologia de duas instituições, sendo uma do Estado de São Paulo e outra do Rio Grande do Sul. A idade média foi de 24 anos (DP 7,6), variando entre 17 e 61 anos, sendo que, quanto ao gênero, 89,4% (F=288) eram do sexo feminino e 10,2% (F=33) do sexo masculino. Um sujeito não preencheu o dado, portanto não fez parte dessa análise.

Os sujeitos que cursavam o período matutino corresponderam a 46,6% (F=150), enquanto 44,7% (F=144) estudavam no noturno e 4,3% (F=14) no período integral. Alguns sujeitos não preencheram o dado (4,3%). No que se refere às disciplinas de avaliação psicológica, vale ressaltar que 41% (F=132) dos sujeitos já as cursaram e 59% (F=190) não as fizeram.

Os participantes foram organizados em dois grupos, a saber:

G1: 180 estudantes do Estado de São Paulo;

G2: 142 estudantes do Estado do Rio Grande do Sul.

### Material

Para o desenvolvimento do presente estudo foi elaborado um teste de conhecimentos de Avaliação Psicológica, contendo 45 questões com respostas dicotômicas (verdadeiro ou falso). Os itens do instrumento abordavam questões sobre o conceito de avaliação psicológica, sobre aprendizagem e sobre o uso de instrumentos. A construção ficou sob responsabilidade da primeira autora; dois especialistas na área fizeram a análise de juízes.

### Procedimento

Após a devida autorização para a realização da pesquisa, o instrumento foi aplicado coletivamente em sala de aula dos cursos de psicologia de duas instituições. Em seguida, os dados foram organizados e lançados numa planilha eletrônica para análise e elaboração dos resultados.

## RESULTADOS

Os itens do instrumento foram escritos tendo em vista quatro áreas de conhecimento, a saber: conceito de avaliação (1, 4, 10, 12, 13, 24, 26, 27, 30 e 39), conceito de instrumento de avaliação (5, 7, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 25, 29 e 42), uso de instrumento (2, 3, 9, 19, 31, 34, 35, 36 e 38) e aprendizagem de instrumentos (6, 8, 11, 17, 23, 28, 32, 33, 37, 40, 41, 43, 44 e 45). As análises que se seguem podem ser reunidas em três eixos: itens com maior número de respostas em branco (**missings**), porcentagem de acertos dos itens em cada grupo e no total e comparação de médias dos grupos.

**Tabela 1.** Respostas dos sujeitos dos dois grupos em cada item.

| Itens | SP  |     | RS  |     | Total | p       |
|-------|-----|-----|-----|-----|-------|---------|
|       | V   | F   | V   | F   |       |         |
| 1     | 180 | 0   | 141 | 1   | 322   | 0,259   |
| 2     | 169 | 9   | 136 | 6   | 320   | 0,727   |
| 3     | 52  | 127 | 24  | 118 | 321   | 0,011*  |
| 4     | 20  | 159 | 13  | 128 | 320   | 0,568   |
| 5     | 23  | 157 | 15  | 127 | 322   | 0,541   |
| 6     | 131 | 46  | 107 | 35  | 319   | 0,785   |
| 7     | 102 | 78  | 128 | 14  | 322   | 0,093   |
| 8     | 5   | 175 | 9   | 133 | 322   | 0,120   |
| 9     | 61  | 113 | 54  | 86  | 314   | 0,521   |
| 10    | 104 | 73  | 86  | 54  | 317   | 0,630   |
| 11    | 27  | 153 | 39  | 103 | 322   | 0,006*  |
| 12    | 165 | 15  | 114 | 28  | 322   | 0,003*  |
| 13    | 142 | 32  | 121 | 19  | 314   | 0,250   |
| 14    | 88  | 91  | 71  | 71  | 321   | 0,881   |
| 15    | 101 | 77  | 94  | 46  | 318   | 0,059   |
| 16    | 149 | 30  | 120 | 19  | 318   | 0,449   |
| 17    | 157 | 23  | 126 | 16  | 322   | 0,680   |
| 18    | 41  | 136 | 62  | 76  | 315   | 0,000** |
| 19    | 43  | 137 | 23  | 119 | 322   | 0,090   |
| 20    | 169 | 11  | 136 | 6   | 322   | 0,452   |
| 21    | 9   | 170 | 17  | 125 | 321   | 0,024*  |
| 22    | 158 | 22  | 118 | 24  | 322   | 0,234   |
| 23    | 61  | 115 | 76  | 65  | 317   | 0,001** |
| 24    | 97  | 76  | 97  | 41  | 311   | 0,010*  |
| 25    | 150 | 27  | 118 | 24  | 319   | 0,690   |
| 26    | 51  | 125 | 32  | 108 | 316   | 0,219   |
| 27    | 134 | 39  | 106 | 30  | 309   | 0,919   |
| 28    | 98  | 80  | 77  | 62  | 317   | 0,952   |
| 29    | 153 | 25  | 124 | 15  | 318   | 0,466   |
| 30    | 99  | 79  | 84  | 58  | 320   | 0,525   |
| 31    | 124 | 54  | 109 | 31  | 318   | 0,101   |
| 32    | 104 | 76  | 78  | 64  | 322   | 0,609   |
| 33    | 50  | 130 | 24  | 118 | 322   | 0,021*  |
| 34    | 173 | 6   | 141 | 1   | 321   | 0,107   |
| 35    | 162 | 18  | 128 | 12  | 320   | 0,664   |
| 36    | 100 | 79  | 92  | 48  | 319   | 0,075   |
| 37    | 55  | 125 | 40  | 102 | 322   | 0,641   |
| 38    | 20  | 160 | 12  | 129 | 321   | 0,440   |
| 39    | 15  | 165 | 11  | 131 | 322   | 0,848   |
| 40    | 22  | 157 | 7   | 135 | 321   | 0,022*  |
| 41    | 44  | 135 | 19  | 123 | 321   | 0,012*  |
| 42    | 11  | 168 | 17  | 124 | 321   | 0,120   |
| 43    | 159 | 19  | 106 | 33  | 317   | 0,002*  |
| 44    | 39  | 140 | 13  | 129 | 321   | 0,002*  |
| 45    | 7   | 172 | 1   | 141 | 321   | 0,067   |

(\*) significativo ao nível de 0,05.

(\*\*) significativo ao nível de 0,001.

No que se refere aos **missings**, vale ressaltar que das 45 questões, apenas 31,1% delas (F=14) foram respondidas por todos os sujeitos. Das restantes, sete tiveram mais respostas em branco do que as demais, sendo elas 9, 10, 18, 23, 24, 26 e 43, que abordam respectivamente o uso de instrumentos (**em uma avaliação o psicólogo usa de 5 a 10 instrumentos de avaliação**); o conceito de avaliação (**uma avaliação psicológica é factual, ou seja, representa um momento específico da vida do indivíduo; Psicometria é a ciência que estuda a medida psicológica; a realização de avaliações psicológicas é recente na Psicologia**); o conceito de instrumento (**no Brasil existem tantos testes psicológicos quanto nos países mais desenvolvidos**); e a aprendizagem (**um elemento que dificulta a aprendizagem de testes é quando o conteúdo é discutido logo no início do curso; penso que se deve aprender mais testes na faculdade**). Na Tabela 1 é possível encontrar detalhadamente a quantidade de respostas (verdadeiro/falso) emitidas pelos sujeitos de cada grupo, assim como no total.

Considerando as diferenças de resposta entre cada grupo, a aplicação do qui-quadrado revelou que, em 7 itens, a diferença foi significativa (Tabela 1), a saber: 9, 10, 18, 23, 24, 26 e 43.

A Tabela 2 apresenta a porcentagem de respostas corretas em cada item dadas pelos sujeitos no total e em cada grupo. Os itens que tiveram as melhores porcentagens de acerto foram: item 1 - a avaliação psicológica é uma atividade importante para o profissional de Psicologia; item 2 - a avaliação psicológica pode ser utilizada em muitos contextos de atuação profissional; item 7 - os testes devem ser válidos; item 8 - a aprendizagem de testes deveria acontecer apenas no último ano do curso; item 20 - a entrevista e a observação são técnicas de avaliação; item 21 - os testes psicológicos são instrumentos pouco importantes na prática profissional do psicólogo; item 34 - para usar um teste o profissional deve ter domínio do instrumento; item 35 - alguns psicólogos usam

**Tabela 2.** Porcentagem de acerto dos grupos em cada item e no total.

| Item | SP   | RS   | Total |
|------|------|------|-------|
| 1    | 100  | 99,3 | 99,7  |
| 2    | 94,9 | 95,8 | 95,3  |
| 3    | 70,1 | 3,1  | 76,3  |
| 4    | 88,8 | 90,8 | 89,7  |
| 5    | 87,2 | 89,4 | 88,2  |
| 6    | 74,0 | 75,4 | 74,6  |
| 7    | 56,7 | 90,1 | 92,9  |
| 8    | 97,2 | 93,7 | 95,7  |
| 9    | 64,9 | 61,4 | 63,4  |
| 10   | 58,8 | 61,4 | 59,9  |
| 11   | 85,0 | 72,5 | 79,5  |
| 12   | 91,7 | 80,3 | 86,6  |
| 13   | 81,6 | 86,4 | 83,8  |
| 14   | 50,8 | 50,0 | 50,5  |
| 15   | 56,7 | 67,1 | 61,3  |
| 16   | 83,2 | 86,3 | 84,6  |
| 17   | 87,2 | 88,7 | 87,9  |
| 18   | 76,8 | 55,1 | 67,3  |
| 19   | 76,1 | 83,8 | 79,5  |
| 20   | 93,9 | 95,8 | 94,7  |
| 21   | 95,0 | 88,0 | 91,9  |
| 22   | 87,8 | 83,1 | 85,7  |
| 23   | 34,7 | 53,9 | 43,2  |
| 24   | 56,1 | 70,3 | 62,4  |
| 25   | 84,7 | 83,1 | 84,0  |
| 26   | 71,0 | 77,1 | 73,7  |
| 27   | 77,5 | 77,9 | 77,7  |
| 28   | 55,1 | 55,4 | 55,2  |
| 29   | 85,5 | 89,2 | 87,1  |
| 30   | 69,7 | 59,2 | 57,2  |
| 31   | 69,7 | 77,9 | 73,3  |
| 32   | 42,2 | 45,1 | 43,5  |
| 33   | 72,2 | 83,1 | 77,0  |
| 34   | 96,7 | 99,3 | 97,8  |
| 35   | 85,7 | 91,4 | 90,6  |
| 36   | 44,1 | 34,3 | 39,8  |
| 37   | 88,9 | 71,8 | 70,5  |
| 38   | 88,9 | 91,5 | 90,0  |
| 39   | 8,3  | 7,8  | 8,1   |
| 40   | 71,0 | 95,1 | 91,0  |
| 41   | 93,9 | 86,6 | 80,4  |
| 42   | 93,3 | 88,0 | 91,0  |
| 43   | 78,7 | 89,3 | 83,6  |
| 44   | 78,2 | 90,9 | 83,8  |
| 45   | 96,9 | 99,3 | 97,5  |



testes sem o devido cuidado; item 38 - outros profissionais podem usar qualquer tipo de teste psicológico; item 40 - a aprendizagem de um teste é suficiente para generalizar conhecimentos para os demais instrumentos; item 42 – o psicólogo não deve usar testes, pois eles reduzem o homem a números; e item 45 – os testes não servem para nada.

Já no que se refere aos itens com menor frequência de acerto, destaque deve ser dado aos itens 10, 14, 23, 28, 30, 32 e 36 que tratam, respectivamente, das seguintes questões: uma avaliação psicológica é factual, ou seja, representa um momento específico da vida do indivíduo (10); os testes eventualmente devem ser precisos (14); um elemento que dificulta a aprendizagem de testes é quando o conteúdo é discutido logo no início do curso (23); a aprendizagem de testes é dificultada pela leitura de manuais de testes escritos em inglês (28); a avaliação é concebida como uma atividade exclusiva do psicólogo (30); os testes são realmente aprendidos na prática clínica do psicólogo (32); e há orientações precisas sobre o uso de testes em âmbito nacional e internacional (36).

Ainda no que diz respeito à análise dos acertos/erros de cada grupo de sujeitos, os resultados indicaram que o G2 obteve desempenhos mais altos que o G1 em 64,4% dos itens, enquanto o G1 obteve melhor desempenho em 35,6%, embora a realização do teste *t* de *Student* tenha revelado que a diferença entre as médias dos grupos não é significativa ( $t=-,515$ ;  $p=0,608$ ).

## DISCUSSÃO

Inicialmente observou-se que na amostra prevalecem algumas das principais características quanto aos dados sociodemográficos dos acadêmicos em Psicologia no Brasil, quanto ao número de participantes do sexo feminino e quanto à caracterização quanto aos aspectos da diversidade de níveis nos cursos. Esta representação é muito importante enquanto possibilidade de se compreender os resultados

deste trabalho e de demonstrar a concepção identificada de avaliação psicológica.

As diferenças apontadas quanto aos três grupos de resultados apresentados, instrumentos conceituais de medida e de instrumentais e a aprendizagem associada destes, podem ser tomadas como representativas de um ponto comum quanto ao desconhecimento dos objetivos principais da avaliação, de suas características, da realidade brasileira (Aribi, & Cavalini, 1999), e quanto aos processos envolvidos no ensino nas instituições dos dois Estados. Não se procurou avaliar nestas expressões uma quantidade de conhecimento dominado ou a interpretação das respostas quanto a uma análise de testes, mas sim um aspecto crucial, o posicionamento crítico dos acadêmicos (Pereira & Carellos, 1995) diante das informações obtidas nas disciplinas de avaliação psicológica. Todos estes pontos refletem invariavelmente a expressão que o ensino adquire, especialmente de avaliação psicológica, num estudante de graduação que se posiciona diante de uma prática profissional (Souza, 1997).

Se tomados os resultados expressos na primeira tabela quanto às respostas com maiores percentuais de acerto, podemos verificar que estes dados permitem caracterizar quatro categorias de representação com seus respectivos itens: os aspectos profissionais (itens 1 - a avaliação psicológica é uma atividade importante para o profissional de Psicologia; item 2 - a avaliação psicológica pode ser utilizada em muitos contextos de atuação profissional); os aspectos técnicos (item 7 - os testes devem ser válidos; item 20 - a entrevista e a observação são técnicas de avaliação; item 34 - para usar um teste o profissional deve ter domínio do instrumento; item 35 - alguns psicólogos usam testes sem o devido cuidado); de ensino e formação profissional (item 8 – a aprendizagem de testes deveria acontecer apenas no último ano do curso; item 40 - a aprendizagem de um teste é suficiente para generalizar conhecimentos para os demais instrumentos); e percepção crítica da atividade (item 38 - outros profissionais podem usar qualquer tipo de teste psicológico; item 42 – o psicólogo não deve usar testes, pois eles

reduzem o homem a números e item 45 – os testes não servem para nada; item 21 - os testes psicológicos são instrumentos pouco importantes na prática profissional do psicólogo).

É importante destacar que, dentre as opções, a escolha dos itens pode refletir uma percepção técnica e profissional distorcida quanto à aplicabilidade dos instrumentos psicológicos, mais precisamente distorcida pela representação que os respondentes têm da avaliação. Estas idéias se representam às opiniões dos sujeitos, acadêmicos de Psicologia, mostram um posicionamento técnico nada calcado na realidade e, principalmente, ideológico a questão do instrumento, sendo a avaliação uma extensão deste e não sua origem. Seguindo com a idéia, pode-se considerar que os professores de avaliação (Vasconcelos & Toledo de Santana, 2001) seguem ensinando avaliação psicológica ou ensinando os testes psicológicos?

É possível que a representação do ensino seja embasada pela dos instrumentos e assim, conseqüentemente, a lógica discursiva das questões marque sua expressão num plano ideológico da crítica, aliás, já muito desatualizada e ultrapassada. Cabe salientar que estes questionamentos perpassam o curso do início ao fim, sem que os novos dados das disciplinas de avaliação, em geral expressos nas aulas de testes antigos, sejam removidos, como se evidenciou em outros estudos (Alves, Alchieri & Marques, 2001).

O terceiro aspecto da análise das questões foi baseado na freqüência de erro e representa aqueles aspectos que menos caracterizam uma percepção certamente mais atualizada do acadêmico. Verificou-se que, para os respondentes, a necessidade de confrontar os aspectos citados foi dificultada certamente pela ausência de dados mais específicos da realidade da avaliação pelo acadêmico. As informações deveriam estar presentes no seu dia-a-dia, mas devido à falta destes informes durante o processo de ensino é identificada a lacuna de formação e tomada a baixa freqüência de acertos.

Outros aspectos podem ser relacionados como considerações adicionais ao presente

estudo em sua análise desses resultados. Em primeiro lugar, a questão de a avaliação psicológica, com sua expressiva produção nacional, especialmente nos últimos anos, não estar contemplada nos currículos das disciplinas ministradas nas universidades. Desta forma, ensina-se mediante o uso de clássicos materiais (testes, livros e, não raro, o uso de apostilas apócrifas de professores). E, em segundo lugar, o desconhecimento quanto publicação de artigos e sua baixa freqüência vinculada à bibliografia das disciplinas; assim, seu conhecimento torna-se domínio de poucos professores e a atualidade deste conhecimento permanece representada como decorrente de eventos.

## CONCLUSÃO

É possível que os aspectos principais do ensino de avaliação psicológica tenham de ser repensados e definidos com mais clareza nos novos currículos dos cursos de Psicologia do país. No entanto, se for mantida a ênfase na caracterização da avaliação como uma atividade decorrente dos instrumentos ensinados e de suas idiossincrasias, certamente esta forma não irá ser eficaz na orientação do processo para além do quadro atual.

A necessidade de rever as questões do ensino leva autores como Guzzo (2001) a afirmar que o aprendizado das técnicas do exame psicológico isolado e pontual não assegura necessariamente o estabelecimento das competências necessárias, a expressão de habilidades como a conclusão de indicativos e a elaboração de resultados como laudos. Se, por um lado, a sociedade constantemente manifesta seu interesse no trabalho investigativo e avaliativo de aspectos psicológicos, por outro lado, no meio institucional a psicologia não consegue reconhecer sua expressiva potencialidade. Como se vê, ainda há muito a ser modificado, no que se refere à formação profissional como um todo, ao ensino de avaliação, em especial, e às técnicas propriamente ditas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCHIERI, J. C. & Bandeira, D. R. (2002). Ensino da Avaliação Psicológica no Brasil. Em R. Primi (Org.). *Temas em Avaliação Psicológica* (pp.35-39). Campinas: Impressão Digital do Brasil Gráfica e Editora Ltda.
- ALCHIERI, J.C. (2000). *Base de dados sobre os instrumentos psicológicos no Brasil*. Trabalho apresentado na XXI Reunião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, Serra Negra, SP.
- ALCHIERI, J.C. & Cruz, R.M. (2001) Recursos técnicos e estratégias utilizadas no ensino da avaliação psicológica nas universidades da região sul do Brasil. *Anais do 28º Congresso Interamericano de Psicologia*. CD-ROM.
- ALMEIDA, L. S. (1999). Avaliação Psicológica: exigências e desenvolvimentos nos seus métodos. Em S. M. Wechsler & R. S. L. Guzzo (Orgs.). *Avaliação psicológica – perspectiva internacional* (pp.41-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ALVES, I. C. B. (2002). Instrumentos disponíveis no Brasil para avaliação da inteligência. Em R. Primi (Org.). *Temas em Avaliação Psicológica* (pp. 80-102). Campinas: Impressão Digital do Brasil Gráfica e Editora Ltda.
- ALVES, I. C. B., Alchieri, J. C. & Marques, K. (2001). Panorama geral do ensino das técnicas de exame psicológico no Brasil. *I Congresso de Psicologia Clínica - Programas e Resumos*. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 10-11.
- ALVES, I.C.B. (2000). As atividades práticas no ensino das Técnicas de Exame Psicológico. *Anais do VIII Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico*, Águas de Lindóia/SP, 171.
- ARIBI, N. V., & Cavalini, S. F. S. (1999). Testes de nível intelectual: como e por quê ensiná-los. *Anais do VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica*. Porto Alegre/RS, p. 62-68.
- AVOGLIA, H.R.C. (1997). Observação Participativa como Estratégia de Ensino de Técnicas de Exame Psicológico. *Boletim de Psicologia*, XLVII, 107, 107-110.
- AVOGLIA, H.R.C., Castro, D.S. & Custódio, E.M. (1999). Avaliação Psicológica e Psicologia Social: relato de uma experiência de ensino interdisciplinar. Programa e Pôsteres. *VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica. Desafios para um Novo Milênio*, 61.
- BANDEIRA, D.R., Argimon, I.L., Alchieri, J.C., Oliveira, M.S. & Werlang, B.G. (s/d). O Ensino de Testes Psicológicos nas Universidades do Rio Grande do Sul. Texto não publicado.
- BROMBERG, M.H.P.F. (1997). O Ensino das Técnicas de Exame Psicológico: Aspectos Práticos e Metodológicos ou de Quando o Sujeito passa a ser Cliente. *Boletim de Psicologia*, XLVII, 107, 101-105.
- Bueno, R.M.G. (1995). Ensino e Pesquisa. *Boletim de Psicologia*, XLV, 102, 23-25.
- CALEJON, L.M. & Santos, M.R.M. (2001). Ensino de Testes psicológicos e a formação do psicólogo. Anais do IV Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach e outras Técnicas de Avaliação Psicológica, 164.
- CALEJON, L.M. & Vistué, A. (1994). Contribuição do Ensino de TEAP para Construção da Identidade Profissional do Psicólogo. *Programa e Resumos. I Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: Ensino, Pesquisa e Aplicações*, 2.
- CASTRO, P.F. (1998). O Ensino de Rorschach em uma Amostra Brasileira. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 21 (1), 46-53.
- CASTRO, P.F. (2001). Reflexões acerca do ensino e aprendizagem do Rorschach na realidade brasileira. *Anais do IV Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach e outras Técnicas de Avaliação Psicológica*, Itatiba/SP, 59-60.
- CUSTÓDIO, E.M. & Duarte, W.F. (1986). O Ensino de Técnicas de Exame Psicológico nos Cursos de Psicologia. *Suplemento de Ciência e Cultura*, 38 (7), 1055.

- CUSTÓDIO, E.M. (1995). O Ensino das Técnicas de Exame Psicológico. *Boletim de Psicologia*, XLV, 102, 27-34.
- GOMES, I.C. & Noffs, M.H. (1999). O Ensino de Técnicas Projetivas Gráficas no curso de Psicologia em duas instituições, particular e pública. *PSIC – Revista da Vetor Editora*, 1(1), 18-29.
- GUZZO, R. S. L. (2001). Laudo psicológico: a expressão da competência profissional. Em L. Pasquali (Org.). *Técnicas do Exame Psicológico – TEP*. Volume I: Fundamentos das Técnicas Psicológicas (155-170). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- JACQUEMIN, A. (1995). Ensino e Pesquisa sobre Testes Psicológicos. *Boletim de Psicologia*, XLV, 102, 19-21.
- LIMA, R.A. (1999). O Reflexo das Atividades Práticas no Processo de Ensino-Aprendizagem das Técnicas de Exame Psicológico. *Programa e Resumos do II Encontro sobre Psicologia Clínica*, 76-77.
- LIMA, R.A. (2001). O Reflexo das Atividades Práticas no Processo de Ensino-Aprendizagem das Técnicas de Exame Psicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3(2), 55-69.
- NORONHA, A. P. P. (1999). *Avaliação psicológica: usos e problemas com ênfase nos testes*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 154p.
- PACHECO, A.L.P.B. & Takahashi, F. (1999). Avaliação Psicológica e sua Instrumentalização na Formação do Psicólogo. *Programa e Pôsteres. VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica. Desafios para um Novo Milênio*, 42.
- PEREIRA, A. P. C., & Carellos, S. D. M. S. (1995). Examinando o Ensino das Técnicas de Exame Psicológico. *Cadernos de Psicologia*, 3(4), 33-36.
- PRIMI, R. & Munhóz, A. M. H. (1998). Um estudo sobre proficiência na disciplina de Técnicas de Avaliação Psicológica (TEP). *PSICO-USF*, 3(2), 75-86.
- ROCHA Jr. A. (1994). A Importância das Atividades Práticas para o Aprendizado de Técnicas de Exame Psicológico. *Programa e Resumos. I Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: Ensino, Pesquisa e Aplicações*, 3.
- ROCHA Jr. A. & Castro, P. F. (1997). A Importância das Atividades Práticas no Ensino de Técnicas de Exame Psicológico. *Anais. VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica*, 288.
- SCHWARZ L. R. (1996). A Importância da Vivência na Aprendizagem das Técnicas Projetivas de Personalidade. *Programa e Resumos. II Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: Ensino, Pesquisa e Aplicações*, 58.
- SOUZA, A. S. L. (1997). O ensino das cadeiras de Técnicas do Exame Psicológico. *Boletim de Psicologia*, v. XLVII n.107 jul/dez, 95-99.
- VASCONCELOS, Z. B. & Toledo de Santana, C. M. (2001). O Ensino das Técnicas de Exame Psicológico na Universidade Federal da Paraíba. *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica*. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 207-208.

Recebido para publicação em 17 de junho de 2003  
e aceito em 2 de fevereiro de 2004.

**A CRIANÇA HOSPITALIZADA:  
ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADES  
PREPARATÓRIAS PARA O PROCEDIMENTO  
MÉDICO DE INALAÇÃO\***

***THE HOSPITALIZED CHILD: AN ANALYSIS OF  
A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM ON THE  
PREPARATION FOR AN INHALATION MEDICAL PROCEDURE***

**Maria Rita Zoéga SOARES<sup>1</sup>  
Edda BOMTEMPO<sup>2</sup>**

**RESUMO**

*A hospitalização infantil beneficia-se com intervenção psicológica para promover a modificação do comportamento de pacientes. Foram propostos procedimentos observacionais e experimentais para avaliar um programa de atendimento a crianças expostas ao procedimento médico de inalação, tendo como objetivo a diminuição da frequência de ocorrência de comportamentos concorrentes e o aumento nos comportamentos de adesão. A Observational Scale of Distress Behavior (OSDB) possibilitou o registro das categorias comportamentais. Participaram do estudo, 20 crianças, distribuídas em grupos experimental e controle. Crianças pertencentes ao grupo experimental submeteram-se a um programa que incluiu estratégias relacionadas à leitura, à simulação, ao relaxamento e à fantasia. A análise dos dados demonstrou que os participantes do grupo experimental apresentaram um padrão comportamental mais adaptativo. Relações funcionais foram explicitadas para melhor compreensão do comportamento dos participantes. Os resultados obtidos pretendem subsidiar o desenvolvimento de programas de preparação para procedimentos médicos.*

**Palavras-chave:** criança, hospital, psicologia pediátrica, procedimentos médicos, intervenção psicológica.

---

<sup>(1)</sup> O presente texto é parte da Tese de Doutorado apresentada junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em novembro/2002. A autora foi bolsista da CAPES.

<sup>(1)</sup> Doutora em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Londrina - Campus Universitário - Londrina/PR Cep: 86051-900. E-mail: mrzoega@sercomtel.com.br

<sup>(2)</sup> Doutora em Psicologia - Livre-Docente junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, orientadora da Tese de Doutorado da autora.

## ABSTRACT

*Children's hospitalization needs psychological intervention to promote patient's better behavior. Experimental and observational procedures were proposed to assess an assistantship program for hospitalized children during an inhalation medical procedure, observing the decrease of concurrent behavior and the increase of adequate behavior. The Observational Scale of Distress Behavior (OSDB) was used to register the infant behavior categories. This research was carried out with 20 children distributed in an experimental group and a control group. Children from the experimental group were submitted to program which included the development of reading related strategies, simulations, relaxation techniques and fantasy. The data analysis demonstrated that the experimental group showed a more adequate behavior pattern. Furthermore, the functional relationships in the hospital environment were better understood thus improving patient behavior. Results from this study may subsidize the development of psychological programs for medical procedures in hospitals.*

**Key words:** *child, hospital, pediatrics psychology, medical procedures, psychological intervention.*

## INTRODUÇÃO

Durante seu desenvolvimento, a criança explora e interage com seu meio de forma contínua e recíproca. Por meio desta interação mútua, à medida que características ambientais sejam favoráveis e oportunidades sejam oferecidas, ocorrem modificações em seu repertório comportamental e na natureza funcional do meio (Guimarães, 1988).

Assim, a implementação de serviços de atendimento no hospital deve considerar um planejamento ambiental da instituição para que possam ser efetuadas orientações em relação ao desenvolvimento comportamental da criança. Há necessidade de compreensão da relação funcional entre o paciente e o ambiente em que são dispensados os cuidados com o tratamento (Costa Jr., 1999).

Zannon (1991) considerou relevante o incremento de pesquisas que enfoquem o desenvolvimento de repertórios comportamentais e a relação funcional entre organismo e ambiente. Para a autora respostas a pessoas e lugares estranhos estão relacionadas, não somente à circunstância em si ou a um processo de ordem

maturacional, mas também ao arranjo de oportunidades combinadas entre aspectos físicos e sociais, entre estímulos desconhecidos e familiares.

A reação da criança diante de eventos excitantes, irritantes, felizes e amedrontadores exige adaptação, visto que inclui mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo. Alguns eventos são fatores que têm um potencial para causar desequilíbrio entre demandas ambientais e recursos individuais e têm sido relacionados a comportamentos-problema, particularmente quando esses eventos alteram, substancialmente, o ambiente da criança (Lazarus & Folkman, 1984; Rushforth, 1999).

Atualmente, considera-se que a experiência de enfrentar a doença e a hospitalização pode constituir uma oportunidade para que a criança adquira determinados padrões comportamentais mais adaptativos. A hospitalização pode representar uma oportunidade para que o paciente aprenda mais sobre a doença e o funcionamento de seu corpo; descubra sobre as profissões da área da saúde; adquira habilidades de *enfrentamento*; demonstre capacidade para tomar decisões, independência, autocontrole e autocon-

fiança, tornando-se participante mais ativo em decisões clínicas. Tal perspectiva é congruente com o crescente e atual reconhecimento dos direitos da criança sobre a informação de sua condição (Rushforth, 1999).

Estudos sugerem que a sensibilidade comportamental da criança a arranjos ambientais específicos aumenta a probabilidade da alteração do comportamento, permitindo o estabelecimento de repertórios comportamentais diferenciados. Tais repertórios podem ser representados pelo estabelecimento de respostas de adesão ao tratamento, comportamentos colaborativos ou participação ativa em processos de tomada de decisão (Adams-Greenly, 1991; Bearison & Mulhern, 1994; Carpenter, 1991; Zannon, 1991).

Um analista do comportamento tem como tarefa identificar contingências que estão operando (ou inferir quais as que podem ou devem ter operado), quando se depara com determinados comportamentos ou processos comportamentais em andamento, bem como propor, criar ou estabelecer relações de contingência para o desenvolvimento de certos processos comportamentais. É por meio da manipulação de contingências que se podem estabelecer ou instalar comportamentos, alterar padrões, assim como reduzir, enfraquecer ou eliminar comportamentos dos repertórios dos organismos (Souza, 1997).

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos de um *Programa de Atividades* (que incluiu a leitura, a simulação, o relaxamento e a fantasia) sobre o repertório comportamental de crianças, no sentido de facilitar sua adaptação ao procedimento médico de inalação. Os objetivos específicos prevêem a diminuição da frequência de emissão de comportamentos concorrentes durante a inalação (respostas que proporcionam dificuldades, atrasos ou impedimentos à execução do procedimento médico) e o aumento na frequência de emissão de comportamentos de adesão durante a inalação (respostas que não dificultam, antes tendem a facilitar a execução do procedimento médico).

## METODOLOGIA

### Participantes

Os critérios de seleção dos participantes da pesquisa incluíram: 1) ter idade entre 5 anos completos e 8 anos e 11 meses; 2) estar internado no setor de enfermagem pediátrica do hospital; 3) apresentar diagnóstico clínico de doença respiratória; 4) ter de submeter-se ao procedimento médico de inalação; e 5) não ser identificado, por meio do *Walker check list – WPBIC*, como apresentando problemas comportamentais.

Para a pesquisa, procurou-se direcionar a intervenção psicológica a crianças na faixa etária entre 5 e 8 anos de idade, em razão de que teriam um repertório comportamental condizente com a participação e compreensão de atividades previstas no programa.

A seleção de crianças com diagnóstico clínico de doença respiratória (bronquite, pneumonia, broncopneumonia) deveu-se ao fato de que o hospital estava estruturado e atendia com maior frequência pacientes com tal diagnóstico. O tratamento clínico para tal diagnóstico incluía a realização de inalações, geralmente programadas para cada período de oito horas.

A literatura tem evidenciado que crianças com doenças respiratórias podem apresentar uma maior predisposição para problemas comportamentais, incluindo a baixa auto-estima, transtornos de ansiedade, depressão, pouca competência social e diminuição do rendimento acadêmico (Bennett, 1994; Thompson & Gustafson, 1996).

Creer & Bender (1995) descreveram que tal diagnóstico é considerado um dos mais comuns na infância e inclui três aspectos fundamentais: limitação do fluxo aéreo, reversibilidade espontânea ou terapêutica (completa ou parcial) da condição e hiper-atividade brônquica diante de diversos estímulos. O quadro clínico pode envolver dispnéia, sibilos e tosse decorrentes do estreitamento dos condutos aéreos de pequeno calibre e que variam em termos de gravidade.

Para os autores, fatores comportamentais em interação com mecanismos fisiológicos teriam impacto sobre o curso da doença.

### Local

O presente trabalho foi realizado na enfermaria pediátrica de um hospital público da periferia da cidade de Londrina – PR.

### Recursos Materiais e Instrumentos

Equipamentos: uma câmara de vídeo marca JVC (modelo GR – AXM300U); um videocassete; um cronômetro eletrônico digital marca Technos (modelo TH25).

Material de consumo: Seis fitas de vídeo VHS-C, lápis de cor, canetinhas hidrocor, lápis, papel sulfite, livro de história desenvolvido para a pesquisa, livros infantis (com conteúdos relacionados à doença, à expressão de sentimentos e a intervenções no contexto da saúde), brinquedos e miniaturas de materiais hospitalares.

### Instrumentos

Como instrumentos de coleta de dados, utilizou-se a *Escala de Categorias Comportamentais – OSDB* e o *Walker check list – WPBIC*.

Conforme apontaram Peterson, Crowson e Holdridge (1999), a escala *OSDB* é a escala comportamental mais utilizada para investigar o comportamento de crianças expostas a procedimentos médicos, considerando as diferentes áreas de especialização da Medicina Pediátrica, e tem-se mostrado sensível na identificação de mudanças de comportamento em crianças submetidas a diferentes procedimentos invasivos (Blount, Sturges & Powers, 1990; Dahlquist, Power, & Carlson, 1995).

Utilizou-se a redefinição de tal instrumento para a organização de informações obtidas por meio da observação de crianças durante a inalação, incluindo categorias comportamentais definidas como comportamentos concorrentes (choramingar, chorar, comportar-se de modo

nervoso, agredir fisicamente, gritar, movimentar-se até a imobilização, fugir e protestar) e comportamentos de adesão (falar, responder verbalmente, solicitar informação, buscar suporte emocional, olhar, olhar para outro estímulo e auxiliar na execução do procedimento médico).

O *Walker check list* é um instrumento elaborado com base na escala WPBIC (Walker problem behavior identification check list) e utilizado na identificação de crianças com problemas comportamentais, que devem ser encaminhadas para avaliação e posterior atendimento psicológico. Assim, a utilização do WPBIC foi necessária para que, por intermédio de um instrumento confiável, pudessem ser descartados da pesquisa os sujeitos que apresentassem um repertório comportamental deficitário.

### Procedimento

As crianças foram aleatoriamente distribuídas em dois grupos: Grupo experimental (GE), que entrou em contato com as etapas do *Programa de Atividades* que incluíram a leitura, a simulação, o relaxamento e a fantasia como recursos direcionados à preparação do procedimento médico de inalação; e Grupo-controle (GC), que não entrou em contato com qualquer etapa do *Programa de Atividades*.

Todas as crianças pertencentes ao GC (10 crianças) e ao GE (10 crianças) foram observadas durante o procedimento médico de inalação nas fases de pré e pós-teste e avaliadas segundo a escala *OSDB*. Somente crianças identificadas, por meio do WPBIC, como *não-clínicas* (sem problemas comportamentais), foram selecionadas para compor a amostra de sujeitos da pesquisa.

A 1ª etapa do *Programa de Atividades* estruturado para crianças do grupo experimental (GE) foi intitulada “Livro infantil” e teve como objetivo: descrever o ambiente hospitalar, informar a função dos profissionais da saúde e a razão dos procedimentos médicos, identificar a percepção da criança com relação à doença e hospitalização, incentivar a verbalização de sentimentos e



pensamentos em face da condição de hospitalização e de procedimentos médicos.

Para isso, atividades foram estruturadas obedecendo à seguinte seqüência: 1. Leitura de livro infantil elaborado pela equipe; 2. Solicitação para que a criança conte e/ou desenhe a estória do seu jeito ou conte e/ou desenhe a sua própria estória; 3. Explicitação de questões relacionadas à expressão de sentimentos; 4. Leitura de livros sobre temas relacionados à saúde, à doença, ao medo, à raiva e à expressão de sentimentos; 5. Disponibilização de figura com desenho do corpo humano.

A 2ª etapa do *Programa de Atividades* foi intitulada de "Brincar de médico" e teve como objetivo: a descrição do procedimento de inalação e outras intervenções médicas (tomar injeção, auscultar, medir temperatura, observar garganta com espátula, fazer curativo e punção); a verbalização de sentimentos em relação a procedimentos médicos, principalmente à inalação; o treinamento de "comportamentos de adesão", aumentando a probabilidade de ocorrência destes comportamentos durante a inalação e a intensificação da relação entre profissional e paciente.

Para alcançar tais objetivos foram disponibilizados brinquedos e materiais utilizados no hospital durante os procedimentos médicos. O desenvolvimento desta etapa consistiu no convite à criança para "brincar de médico", além do fornecimento de informações sobre os procedimentos utilizados, principalmente a inalação.

Para a 3ª etapa, intitulada "Relaxamento e Fantasia", foram programadas atividades com o objetivo de aliviar a tensão muscular; produzir imagens relaxantes; analisar funcionalmente o comportamento; identificar variáveis controladoras e formas de intervenção mais eficazes.

Para isso, foram feitas adaptações da técnica de "Relaxamentos para fazer na escola", desenvolvida por Tricoli (2000) e "Relaxamento com imagens", baseado em Markway, Carmin, Pollard e Flynn (1999).

Nessa etapa, buscou-se analisar funcionalmente o comportamento da criança e de outras pessoas, identificando variáveis controladoras e

formas de intervenção mais eficazes. A criança também foi solicitada a apontar suas dificuldades diante da aplicação da técnica, sugerindo alternativas para uma intervenção mais apropriada.

## Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa foram analisados estatisticamente e descritivamente. Considera-se que as informações coletadas sobre a criança permitiram a descrição e operacionalização do repertório comportamental dos participantes, o que constitui parte importante da avaliação e intervenção comportamental proposta pela pesquisa.

A análise estatística considerou quão diferentes foram os resultados apresentados pelos grupos nas avaliações conduzidas após o tratamento (*Programa de Atividades*), comparados aos escores obtidos na linha de base, utilizando a prova dos Sinais e a prova U de Mann-Whitney.

O grupo experimental (GE) e o grupo-controle (GC) foram comparados quanto à frequência de apresentação das categorias comportamentais pesquisadas, no momento da internação (linha de base) e depois da participação nas três etapas do *Programa de Atividades* (GE) ou após três períodos diários consecutivos sem participação em qualquer etapa do *Programa de Atividades* (GC).

Constatou-se, pela análise estatística, que todas as categorias de comportamento do GC não foram estatisticamente diferentes nas fases de pré e pós-teste. No GE, verificou-se diferença significativa entre a fase de pré e de pós-teste, com relação ao "choramingar", "comportar-se de modo nervoso", "protestar" e no total de comportamentos concorrentes. Tais dados indicam que após o tratamento, os sujeitos do GE tiveram uma melhora significativa (diminuição no índice de ocorrência) em comparação aos do GC, nestas categorias.

Quanto à frequência de emissão de respostas relacionadas aos comportamentos de adesão, dos sujeitos pertencentes ao GE, houve uma sensível diferença na emissão de respostas

de categorias relacionadas ao “falar”, “solicitar informação”, “olhar para outro estímulo”, “auxiliar na execução do procedimento médico” e somatória total, na situação antes e após o tratamento. O GE, após tratado, demonstrou uma maior frequência de emissão em comparação ao grupo-controle nessas categorias, demonstrando a eficácia das atividades desenvolvidas no sentido de ampliar um repertório de comportamentos mais adaptativos à situação de inalação.

A análise estatística dos dados por meio da prova U de Mann-Whitney, quando se compararam os comportamentos concorrentes no pré e no pós-teste, de sujeitos pertencentes ao grupo-controle e ao grupo experimental, demonstrou diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) em relação aos comportamentos D1 (choramingar), D8 (protestar) e TD9 (total). Os demais comportamentos não apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

Quando se compararam os comportamentos de adesão, no pré e no pós-teste, de sujeitos pertencentes ao grupo-controle e ao grupo experimental, a análise estatística dos dados, por meio da Prova U de Mann-Whitney, demonstrou diferença significativa ( $p < 0,05$ ) em relação aos comportamentos D9 (falar), D10 (responder verbalmente), D11 (solicitar informação), D12 (buscar suporte emocional) e TD16 (total). Nos demais comportamentos não houve diferença significativa entre os grupos. Relativamente aos comportamentos estatisticamente significativos, o GE apresentou melhora (aumento no índice de ocorrência) quando comparado ao GC.

Pôde-se constatar uma diminuição na ocorrência de categorias de comportamentos concorrentes “choramingar”, “protestar” e a somatória total demonstrou ser estatisticamente significativa tanto na prova dos Sinais como na prova U de Mann-Whitney.

Com relação aos comportamentos de adesão, houve aumento na frequência de ocorrência das categorias “falar”, “solicitar informação” e a somatória total demonstrou ser estatisticamente significativa nas duas provas estatísticas acima citadas.

O procedimento utilizado foi mais efetivo para produzir aumento na frequência de comportamentos de adesão do que para produzir a diminuição na frequência de comportamentos concorrentes. Tal condição pode ser atribuída ao fato de que, na análise do comportamento (e no procedimento em questão), ficou evidente o incentivo à emissão de comportamentos adaptativos (modelo psicológico de intervenção), já presentes no repertório comportamental do indivíduo, além da instalação de outros. Ao se evidenciar a emissão de comportamentos adaptativos, há uma tendência de aumento na ocorrência dessas habilidades e, naturalmente, uma diminuição na ocorrência de comportamentos não-adaptativos.

A Figura 1 indica o total de ocorrências de comportamentos concorrentes de sujeitos do grupo-controle durante a execução da inalação na fase de pré-teste e de pós-teste.

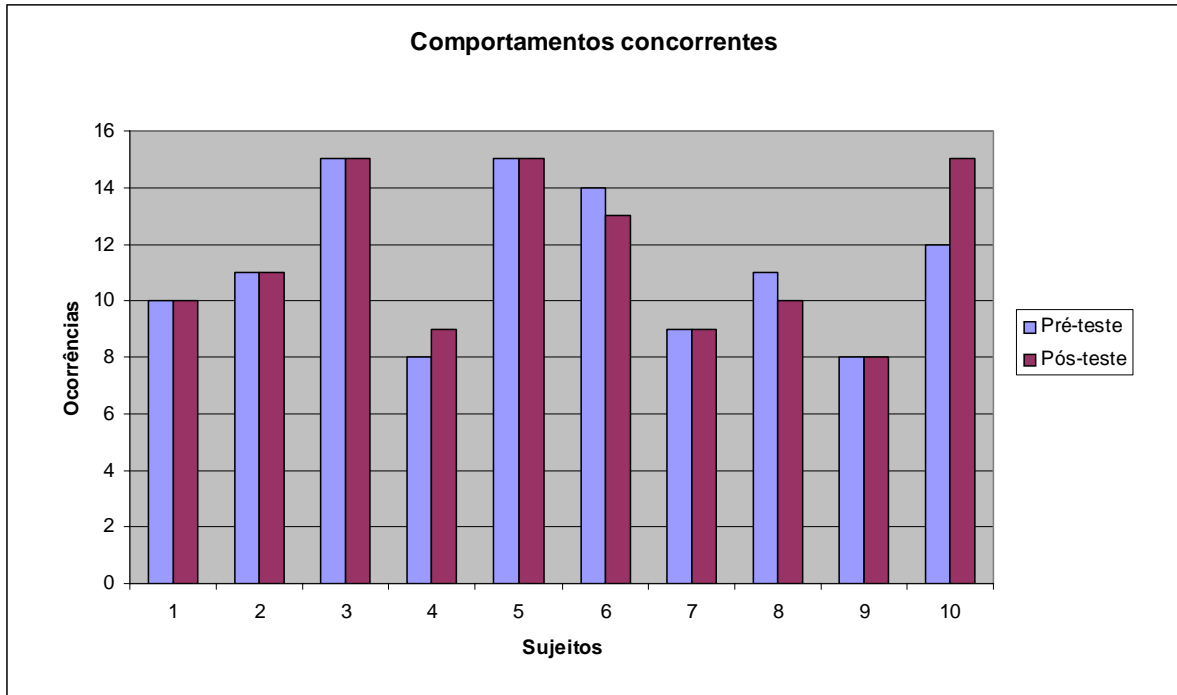
Na Figura 1 pode-se constatar que a maioria dos sujeitos pertencentes ao grupo-controle apresentaram semelhança no padrão de emissão de comportamentos concorrentes durante a inalação no pré-teste e no pós-teste.

A Figura 2 demonstra o total de ocorrências de comportamentos concorrentes de sujeitos do grupo experimental durante a inalação no pré-teste e no pós-teste.

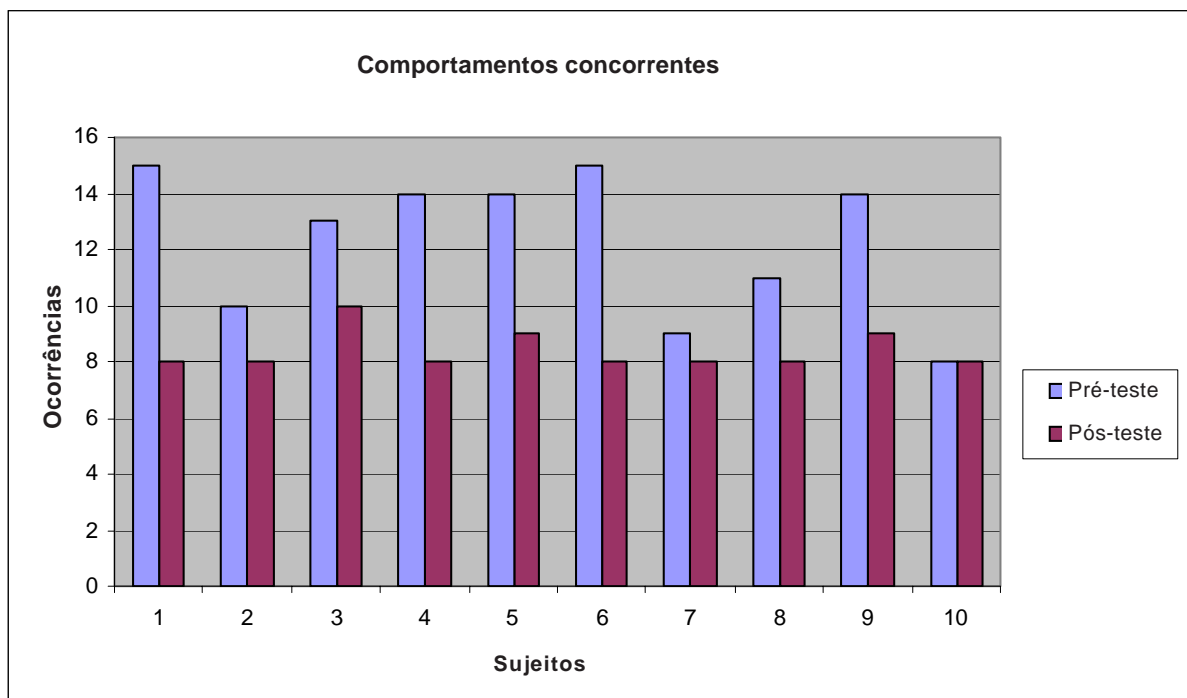
A Figura 2 indica que a maioria dos sujeitos pertencentes ao grupo experimental apresentou diminuição considerável na ocorrência de comportamentos concorrentes após terem sido submetidos ao *Programa de Atividades*.

A Figura 3 demonstra o total de ocorrências de comportamentos de adesão dos sujeitos pertencentes ao grupo-controle durante a inalação na fase do pré-teste (TA) e de pós-teste (TD).

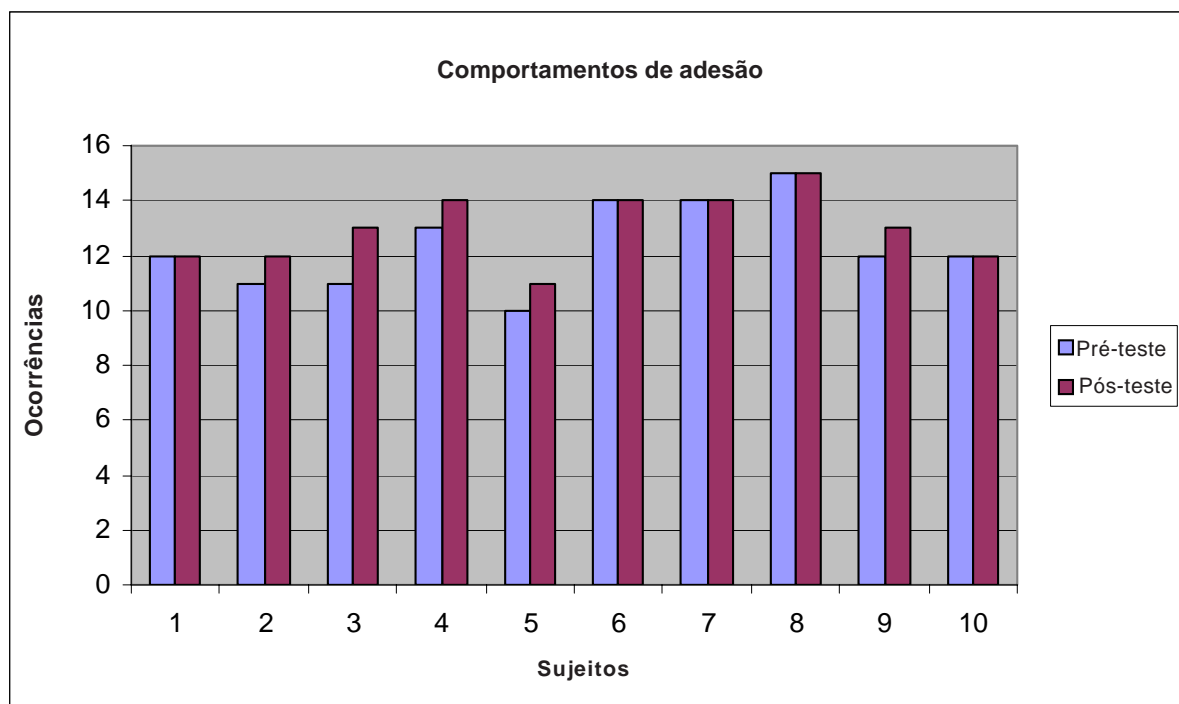
Analisando a Figura 3, pode-se verificar que cinco dos sujeitos pertencentes ao grupo-controle (sujeitos 1, 6, 7, 8 e 10) apresentaram a mesma frequência de comportamentos de adesão no pré-teste e no pós-teste. O restante dos sujeitos, mesmo sem terem sido submetidos ao *Programa de Atividades*, tiveram um pequeno aumento na ocorrência de comportamentos de adesão no pós-teste.



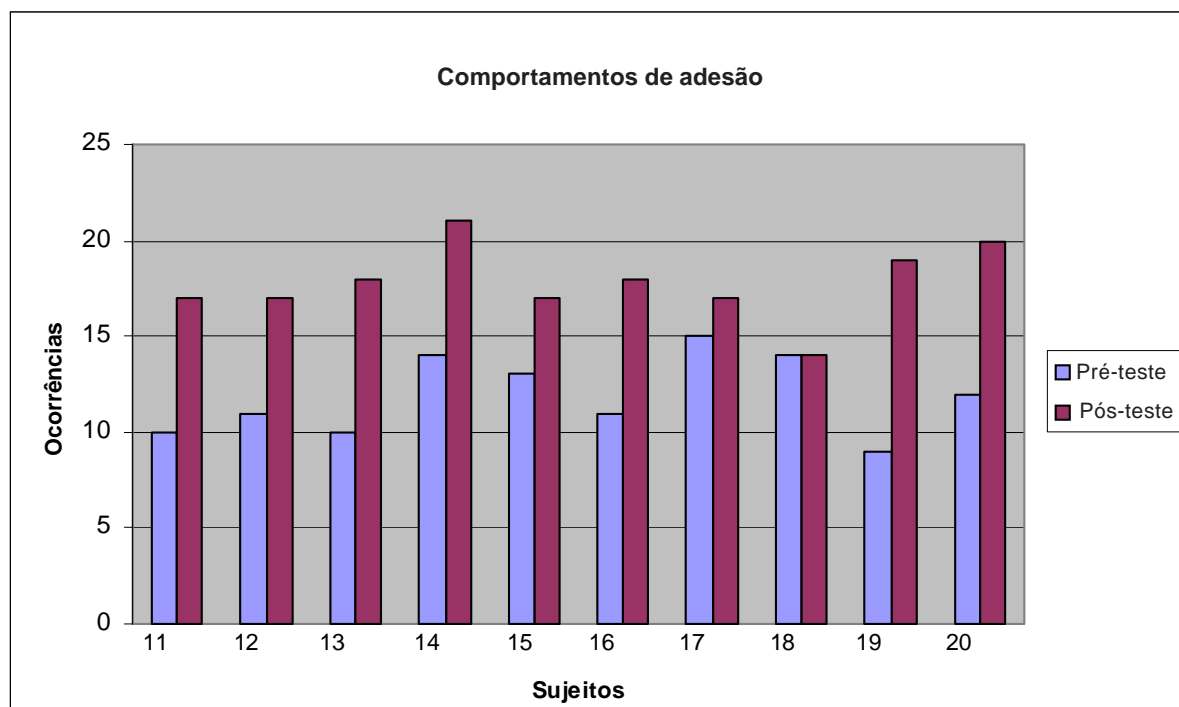
**Figura 1.** Total de ocorrências de comportamentos concorrentes de sujeitos do grupo-controle durante a inalação na fase de pré-teste e de pós-teste.



**Figura 2.** Total de ocorrências de comportamentos concorrentes de sujeitos do grupo experimental durante a inalação na fase de pré-teste e de pós-teste.



**Figura 3.** Total de ocorrências de comportamentos de adesão de sujeitos do grupo-controle durante a inalação na fase de pré-teste e de pós-teste.



**Figura 4.** Total de ocorrências de comportamentos de adesão de sujeitos do grupo experimental durante a inalação na fase de pré-teste e de pós-teste.

Quanto à diminuição de comportamentos concorrentes e ao aumento na frequência de ocorrência de comportamentos de adesão por parte de sujeitos do grupo-controle, Kole-Kole-Snijders, Goossens, Heuts, Vlaeyen, Mólken & Breukelen (1999) explicitaram o fato de que durante a hospitalização isso pode acontecer devido ao aumento na tolerância comportamental de crianças, à medida que se expõem a situações desagradáveis (como a de procedimentos médicos, por exemplo).

A Figura 4 indica a ocorrência total de comportamentos de adesão de sujeitos pertencentes ao grupo experimental durante a inalação na fase de pré-teste (TA) e de pós-teste (TD).

Na Figura 4 pode-se verificar que a maioria dos sujeitos pertencentes ao grupo experimental apresentou um aumento considerável na frequência de ocorrência de comportamentos de adesão após ter sido submetida ao *Programa de Atividades*.

Ao comparar a Figura 3 e a Figura 4, pode-se verificar que mesmo os sujeitos pertencentes ao grupo-controle tiveram aumento na frequência de ocorrência de comportamentos de adesão no pós-teste; o aumento na frequência de ocorrência de comportamentos de adesão de sujeitos do grupo experimental foi significativamente maior, o que comprova a eficácia do procedimento da pesquisa.

Pode-se constatar que o *Programa de Atividades* utilizado, por meio da intervenção breve, foi efetivo para a maioria dos sujeitos do Grupo Experimental, quanto à diminuição na frequência de comportamentos concorrentes e ao aumento na frequência de comportamentos de adesão durante o procedimento médico de inalação.

As categorias podem ter ocorrido com maior frequência no pós-teste dos participantes pertencentes ao Grupo Experimental, pelo fato de que as estratégias do *Programa de Atividades* buscaram diminuir a percepção de aversividade relacionada ao procedimento médico, facilitando à criança o enfrentamento de tal condição de

uma forma mais participativa (falando mais e auxiliando na execução do procedimento médico).

Os resultados obtidos parecem confirmar as observações de Christiano e Russ (1998), referentes à inclusão de programas de atendimento a crianças hospitalizadas, como uma alternativa eficiente para a redução do caráter aversivo dos procedimentos médicos utilizados no contexto hospitalar.

Considerando o grupo de participantes, pode-se afirmar que o procedimento foi efetivo no sentido de reduzir a frequência de ocorrência de determinados comportamentos concorrentes (principalmente choramingar, comportar-se de modo nervoso e protestar) e de elevar a frequência de ocorrência de comportamentos de adesão (principalmente falar, olhar para outro estímulo e auxiliar na execução do procedimento médico), à medida que entraram em contato com maior número de informações sobre a condição da doença, tratamento e hospitalização. Tais resultados são coerentes com as observações de Christophersen (1994), segundo o qual, a inclusão de um programa de intervenção psicológica constitui uma oportunidade para que o paciente adquira conhecimento sobre os procedimentos médicos, aumentando a probabilidade de emissão de comportamentos adaptativos e diminuindo a probabilidade de emissão de comportamentos não-adaptativos.

Pela avaliação desses dados, pode-se perceber que as crianças que haviam participado do programa proposto demonstraram melhora considerável em seu padrão comportamental em comparação com crianças pertencentes ao grupo-controle. É justo afirmar que, comparando sujeitos do grupo experimental com sujeitos do grupo-controle, houve diferença na emissão de comportamentos concorrentes e de adesão durante a inalação, no pré e no pós-teste.

Em virtude da frequência de respostas emitidas por crianças neste estudo, sugere-se que procedimentos que visem à preparação para a inalação devem estar direcionados ao enfoque de respostas relacionadas aos comportamentos concorrentes de "protestar", "choramingar" e

“comportar-se de modo nervoso”. Além disso, devem-se enfatizar os comportamentos adaptativos já presentes no repertório da criança, os quais neste estudo ficaram evidentes, a saber, “falar”, “olhar para outro estímulo” e “auxiliar na execução do procedimento médico”, demonstrando que tais comportamentos podem ser efetivos para facilitar a adaptação a esse contexto, melhorando a autoconfiança à medida que ela percebe que tem determinadas habilidades em seu repertório.

Constatou-se, por meio dos dados, que meninas tiveram um maior aproveitamento da intervenção psicológica, ou seja, uma maior diferença na frequência de emissão de comportamentos concorrentes por ocasião do pré e do pós-teste. Apesar desta constatação, não se identificou entre meninos e meninas diferença no nível de aproveitamento pelo teste *t de student* como significativa ( $p < 0,05$ ), possivelmente devido ao tamanho reduzido da amostra.

O maior aproveitamento do *Programa de Atividades* por parte das meninas provavelmente se deve ao fato de que elas apresentaram um maior índice de ocorrência de comportamentos concorrentes no pré-teste. Outro fator pode estar relacionado à pouca participação dos meninos na etapa que incluiu principalmente o “Brincar de médico”. Supõe-se que questões culturais tenham exercido influência sobre os meninos, fazendo com que apresentassem maior restrição para aceitar brincar com boneca.

Tais dados demonstram que a diferença no desempenho de meninos e meninas em relação à frequência de emissão de comportamentos durante procedimentos médicos deve ser melhor explicitada em estudos posteriores.

A literatura tem demonstrado que a idade é uma variável que deve ser considerada ao se trabalhar com programas de atendimento com crianças hospitalizadas, porque tal variável pode determinar o sucesso da intervenção (Aragão & Azevedo, 2001; Araujo & Arraes, 2000).

Os dados demonstraram que as crianças “menores” (5 a 8 anos de idade) do grupo

experimental, independentemente do sexo, se beneficiaram mais do programa proposto pela pesquisa, conseguindo diminuir sensivelmente a frequência de comportamentos concorrentes. O índice de frequência de ocorrência dos comportamentos de adesão de todos os sujeitos foi maior após terem sido submetidos ao *Programa de Atividades*, mas os sujeitos “menores” demonstraram ter-se beneficiado mais do programa, visto que tiveram aumento sensível no índice de ocorrência de comportamentos de adesão.

A utilização da análise funcional possibilitou a avaliação do comportamento das crianças submetidas à inalação, por meio do estabelecimento da relação com o contexto do procedimento médico. Para melhor compreensão do comportamento da criança, foi necessário explicitar elementos relacionados à condição antecedente, fatores disposicionais, repertório comportamental e eventos conseqüentes presentes na situação.

As condições antecedentes relacionaram-se a fatores presentes no ambiente físico (hospital, enfermaria), social (família, profissionais e outras crianças) e estímulos associados ao procedimento de inalação (material para inalação, som do aparelho e presença de equipamentos médicos). As variáveis de ordem organizacional e institucional foram compreendidas como variáveis presentes na rotina hospitalar e que influenciaram na preparação psicológica para procedimentos médicos.

Fatores disposicionais, na medida do possível, devem estar sob um controle mais sistemático e se relacionam com a história de experiência do indivíduo com a doença, crenças, valores, atitudes, rede de apoio social, familiaridade com o ambiente hospitalar, reações à administração de drogas, expectativas com relação aos resultados do trabalho, nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento, habilidade dos profissionais da saúde, preferência da criança por determinado agente executor e relação entre profissional e paciente.

Levantando-se a hipótese de que comportamentos concorrentes ocorrem também em virtude

de estímulos antecedentes presentes em cada fase do procedimento, a compreensão das relações funcionais entre condições antecedentes e comportamentos exibidos pela criança pode permitir um planejamento de intervenção diante de eventos controladores.

Durante o desenvolvimento do *Programa de Atividades*, optou-se pela utilização de estratégias que incluíram o reforçamento positivo, a modelagem, a modelação, o ensaio comportamental (simulação), a dessensibilização, o fornecimento de informação, o *enfrentamento*, o autocontrole, o relaxamento, a imaginação, a distração e as atividades lúdicas.

Mesmo considerando tais dificuldades, espera-se que o trabalho possa contribuir para a superação das dificuldades encontradas no atendimento pediátrico em instituições hospitalares brasileiras, fornecendo um modelo de atendimento direcionado à preparação da criança para procedimentos médicos e para superação de dificuldades relacionadas a esse contexto.

Além disso, espera-se que a pesquisa venha acrescentar dados relevantes para a produção científica da área, no sentido não só de diminuir a insuficiência metodológica relacionada ao fornecimento de informações precisas acerca dos efeitos da intervenção psicológica sobre o repertório comportamental do indivíduo hospitalizado, como também de subsidiar intervenções nesse contexto, auxiliando profissionais que atuam no campo da psicologia da saúde a descrever e analisar comportamentos de crianças expostas a procedimentos médicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS-Greenly, M. (1991). Psychosocial assessment and intervention at initial diagnosis. *Pediatrician*, 18, 3-10.
- ARAGÃO, R. M. & Azevedo, M. R. Z. S. (2001). O Brincar no Hospital: Análise de Estratégias e Recursos Lúdicos utilizados com Crianças. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 33-42.
- ARAUJO, T. C. C. F. & Arraes, E. L. M. (2000). Necessidades e expectativas de atuação do psicólogo em cirurgia e procedimentos invasivos. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 64-73.
- BEARISON, D. J. & Mulhern, R. K. (1994). *Pediatric Psychology – Psychological perspectives on children with cancer*. New York: Oxford University Press.
- BENNETT, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems. A meta analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 149-170.
- BLOUNT, R. L. Sturges, J. W., & Powers, S. W. (1990). Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure. *Behavior Therapy*, 21, 33-48.
- CARPENTER, P. J. (1991). New method for measuring young children's self-report of fear and pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5, 233-240.
- CHRISTIANO, B. & Russ, S. W. (1998). Matching preparatory intervention to coping style: The effects on children's distress in the dental setting. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 17-27.
- CHRISTOPHERSEN, E. R. (1994). *Pediatric compliance: A guide for the primary care physician*. New York: Plenum Medical Book Company.
- COSTA Jr. Á. L. (1999). Psiconcologia e Manejo de Procedimentos Invasivos em Oncologia Pediátrica; Uma Revisão de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 107-118.
- CREER, T. L. & Bender, B. J. (1995). Pediatric asthma. In M. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: Guilford.
- DALHQUIST, L. M., Power, T. G., & Carlson, L. (1995). Physician and parent behavior during invasive pediatric cancer procedures: Relationships to child behavioral distress. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 477-490.
- GUIMARÃES S. S. (1988). A Hospitalização na Infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 4(2), 102-112.
- KOLE-Snijders, A. M. J., Goossens, M. E. J. B., Heuts, P. H. T. G., Vlaeyen, J. W. S., Mólken,

- M. P. M. H. R. & Breukelen, G. (1999). Chronic Low-Back Pain: What does Cognitive Coping Skills Training Add to Operant Behavioral Treatment? Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 931-944.
- LAZARUS, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- MARKWAY, B. G., Carmin, C. N., Pollard, C. A. & Flynn, T. (1999). *Morrendo de Vergonha: Um guia para tímidos e ansiosos*. São Paulo: Summus.
- PETERSON, L., Crowson, L. S. & Holdridge, S. (1999). Of needles and skinned knees: Children's coping with medical procedures and minor injuries of self and other. *Health Psychology*, 18, 197-200.
- RUSHFORTH, H. (1999). Practitioner Review: Communicating with Hospitalized Children: Review and Application of Research Pertaining to Children's Understanding of Health and Illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 683-691.
- SOUZA, D. G. (1997). O que é contingência? In R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (pp. 82-87). São Paulo: ARBytes.
- THOMPSON, R. J. & Gustafson, K. E. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- TRICOLI, V. A. C. (2000). Relaxamentos para fazer na escola. In M. E. N. Lipp (Org.), *Crianças Estressadas: Causas, Sintomas e Soluções* (pp. 159). Campinas, SP: Papirus.
- ZANNON, C. M. L. (1991). Desenvolvimento Psicológico da Criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7(2), 119-136.

Recebido para publicação em 1 de setembro de 2003 e aceito em 28 de outubro de 2003.



# INTERLOCUÇÕES ENTRE O PLANTÃO PSICOLÓGICO E O PSICODIAGNÓSTICO COLABORATIVO

## *DIALOGUE BETWEEN PSYCHOLOGICAL DUTY AND COLLABORATIVE ASSESSMENT*

Gohara Yvette YEHIA<sup>1</sup>

### RESUMO

*A busca de novas formas de atendimento psicológico em instituições, que se preocupam com os serviços oferecidos à população que as procura, resultou no desenvolvimento de práticas como o plantão psicológico, serviço cada vez mais oferecido em instituições para acolher o cliente, e o psicodiagnóstico colaborativo que se propõe a uma intervenção que, tradicionalmente, é deixada para momentos posteriores, quando da realização da psicoterapia, caso indicada. A partir de depoimentos de alunos de um curso de aperfeiçoamento em psicodiagnóstico colaborativo, oferecido no Serviço de Aconselhamento Psicológico da USP, onde habitualmente são desenvolvidas as atividades referentes ao plantão psicológico, o presente trabalho tem como objetivo focalizar as possíveis interlocuções entre estas práticas, assim como sua contribuição para o acolhimento do cliente e a formação do aluno.*

**Palavras-chave:** *Psicodiagnóstico colaborativo; plantão psicológico, práticas psicológicas em instituição.*

### ABSTRACT

*The search for new ways of psychological care in institutions worried about the services offered to people who come for it, led to the development of practices as psychological duty, a service that has been more and more offered to receive the client, and the collaborative assessment that aims an intervention, traditionally postponed when psychotherapy begins, when necessary. Based on statements of students from an improvement course, on collaborative assessment, at the Serviço de Aconselhamento Psicoló-*

---

<sup>(1)</sup> Doutora em Psicologia. Endereço para correspondência: E-mail: gohara1@terra.com.br

*gico – USP, where usually are developed activities related to psychological duty, the present research aims to focus the possible dialogue between these practices, and their contribution to the reception of the client and the training of the students.*

**Key words:** *Collaborative assessment; psychological duty; psychological care in institutions.*

A partir de um convite do Laboratório de Estudos em Fenomenologia do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) da USP, ministrei no primeiro semestre de 1999 uma disciplina: Psicodiagnóstico em questão: diferentes práticas e pesquisas, no programa de Pós-graduação do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da USP, assim como um curso de aperfeiçoamento: Psicodiagnóstico fenomenológico-existencial: um processo colaborativo.

Para o curso de aperfeiçoamento, os alunos usaram as dependências do SAP que também fez a divulgação da oferta de atendimento em psicodiagnóstico, o que permitiu a inclusão de uma população não contemplada por este setor até o momento: crianças e seus pais.

Assim sendo, os clientes que procuravam atendimento infantil foram inicialmente atendidos por estagiários do curso de Psicologia que atuavam no Plantão Psicológico e os encaminhavam aos alunos do curso de aperfeiçoamento em psicodiagnóstico colaborativo. Alguns destes alunos haviam concluído o curso de Psicologia na USP e passado pela experiência do Plantão Psicológico.

Deste modo, nas aulas teóricas e nas supervisões foram sendo trazidas à luz e discutidas convergências e divergências entre o Plantão Psicológico e o Diagnóstico Colaborativo, o que nos levou a buscar uma primeira formalização da possível interlocução entre estas duas modalidades de atendimento.

### **Um pouco do que está escrito a respeito de - Plantão Psicológico**

Entrei em contato pela primeira vez com a questão do Plantão Psicológico no texto de Ancona-Lopez, S. (1996) que discute as entrevistas de triagem propondo-se a torná-las um momento significativo em si, para o cliente, independentemente do eventual encaminhamento para outro tipo de atendimento. Esta autora menciona um texto de 1987, de Mahfoud, que se refere ao Plantão Psicológico como um desafio, propondo que seja um “momento significativo da pessoa ante sua problemática” (1987, p. 82).

Mais recentemente, no livro organizado por Morato, em 1999, há varias referências a Plantão Psicológico, considerado como possibilidade de um atendimento emergencial ou o início de um processo que se estenderá por uma ou mais sessões, utilizado por quem o procure: adulto, família, adolescente, em qualquer instituição (clínica, judiciária, escolar, hospitalar) onde haja profissionais disponíveis para um atendimento psicológico.

Nas palavras de Schmidt (1999), o Plantão Psicológico “está estruturado para que o cliente seja acolhido por um espaço de escuta qualificada, no momento mesmo em que procura auxílio. Este acolhimento exige a priorização da entrevista psicológica (...) Esta entrevista não é pensada como triagem (...) mas como espaço propício à elaboração da experiência do cliente no que diz respeito ao sofrimento psíquico que ele porta e às possibilidades ou vislumbres de ajuda que ele concebe. Assim, a entrevista de Plantão visa facilitar que o cliente clarifique a natureza de seu sofrimento e de sua demanda por ajuda.”<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Grifo meu.

Entende-se que o que define o plantão não é a queixa trazida pelo cliente mas o modo de lidar com a mesma, compreendida como “um sintoma de uma demanda cujo esforço de compreensão é feito na medida em que interesse ao cliente” (Morato, 1999). De fato, trata-se, em vez de focalizar o sintoma do cliente, de acolher sua experiência, procurando tornar este encontro significativo.

### **Psicodiagnóstico Interventivo/colaborativo**

Embora a prática do psicodiagnóstico venha sendo discutida há vários anos, ela ainda é concebida em sua forma tradicional, ou seja, como um atendimento que resulta em uma avaliação que poderá levar a uma indicação terapêutica mais bem fundamentada.

Esse modo de realizar o psicodiagnóstico faz com que haja uma separação nítida entre a etapa do diagnóstico (em que a proposta é a realização de uma investigação) e a devolução do conhecimento e compreensão adquiridos a partir da investigação. Este procedimento dificulta a retomada de atitudes do paciente que possam contribuir para uma melhor integração do material devolvido, já que o momento em que se dá a devolução se refere a acontecimentos passados.

No psicodiagnóstico colaborativo, a proposta é a explicitação da experiência do cliente, à medida que a ela se refere ou que vai sendo percebida na relação estabelecida com o psicólogo. “Quando se trata do psicodiagnóstico infantil, o trabalho com os pais visa explorar o significado da queixa trazida, dos sintomas apresentados pela criança, a compreensão que eles têm de sua própria situação e de sua relação com o filho” (Yehia, 1998, p. 118). Mesmo quando o paciente designado é a criança, a participação dos pais no atendimento é extremamente importante sendo que, enquanto o atendimento psicológico proposto não tiver sentido para eles, que se limitam a seguir a indicação de outro profissional, submetendo-se à mesma, e sem

expectativa em relação ao mesmo, é muito difícil chegar a uma compreensão conjunta do que possa estar acontecendo com a criança no contexto pessoal, familiar e social.

Nesta proposta, a situação de psicodiagnóstico torna-se “uma situação de **cooperação**<sup>3</sup> em que a capacidade de ambas as partes de observarem, aprenderem, compreenderem constitui a base indispensável para o trabalho” (Yehia, 1999, p. 120). O psicólogo compartilha com os pais sua própria experiência com eles e com a criança, sugere alternativas de ação, dá sugestões a respeito do que considera capaz de promover um desenvolvimento mais harmonioso, propondo um redirecionamento dos pais a partir da compreensão da criança e da dinâmica familiar, com o objetivo de facilitar o relacionamento, propiciar novas formas de interação e abrir novas perspectivas experienciais.

Entretanto para que se possa estabelecer uma situação de cooperação entre psicólogo e cliente é necessário que haja uma *demanda* do último. O que entendemos por demanda? Temos um cliente que vem procurar um atendimento, muitas vezes após ter esgotado os recursos disponíveis (vai passar, a criança vai crescer, mudança de atitude em relação ao filho, etc.); finalmente, surge o encaminhamento por parte de um terceiro ou a procura espontânea pelo atendimento. Quando estamos no primeiro caso, é importante verificar como o cliente se posiciona diante deste encaminhamento, pois no psicodiagnóstico colaborativo, se a demanda for de um terceiro e esta questão não for trabalhada com os responsáveis, o trabalho fica praticamente inviabilizado. Dever-se-ia, então, procurar saber com este terceiro qual é a sua demanda e talvez trabalhar com ele. No segundo caso, quando há procura espontânea pelo atendimento psicológico, ainda é preciso saber, no caso de um psicodiagnóstico infantil, se há demanda dos pais ou se eles apenas estão querendo que o psicólogo faça o que eles não estão conseguindo fazer: resolver uma situação difícil.

<sup>(3)</sup> Nesta apresentação escolhi me referir ao psicodiagnóstico como processo colaborativo, embora as publicações a respeito da forma proposta para realizar este trabalho se refiram ao psicodiagnóstico interventivo.

Assim, no início do psicodiagnóstico colaborativo, é necessário desenvolver um trabalho com os pais no sentido de ajudá-los a se *apropriarem* da demanda, propondo-se a problematizar suas relações com o filho, com eles mesmos, com os outros. A explicitação dos pais em relação à expectativa que eles têm de um atendimento psicológico também deve ser focalizada, já que partimos do pressuposto que o psicólogo não trabalha sozinho. Mesmo que ao final do processo se chegue à conclusão de que é a criança que necessita de tratamento, a colaboração dos pais é imprescindível uma vez que a criança depende deles e, em geral, seus sintomas são modos de ela expressar “coisas que não vão bem”, não apenas com ela mesma, mas também no seio da família.

Aqui já antevjo possibilidades de interlocução entre o plantão psicológico e o diagnóstico interventivo, pelo menos no que se refere a este início do relacionamento entre o psicólogo e o cliente que vem buscar atendimento.

Para que os pais possam apropriar-se de sua demanda, a ajuda do psicólogo é importante no sentido de clarear expectativas, delimitar papéis, e envolver os participantes numa proposta de trabalho.

Se pensarmos em termos da ansiedade do cliente em relação aos problemas que vem enfrentando, muitas vezes o confronto com os pressupostos que o trazem e que orientam sua compreensão de uma situação pode ajudá-lo a lidar melhor com a mesma, re-orientando sua demanda.

### **Abordagem teórica**

Tanto o Plantão Psicológico como o Psicodiagnóstico colaborativo partem de uma perspectiva fenomenológico-existencial, o que leva a uma semelhança no que diz respeito à atitude diante do cliente e à concepção de saúde e doença. Ambas as práticas propõem-se a estimular os aspectos saudáveis presentes na experiência do sujeito, e a não classificar ou rotular.

A partir da posição humanista, a atitude do psicólogo é de acolhimento ao cliente de uma forma empática, buscando compreendê-lo, respeitando seus limites e procurando ampliar suas possibilidades.

A fenomenologia nos oferece um método de pesquisa para trabalhar com o fenômeno, entendendo-o como aquilo que se mostra, desvelando aquilo que faz com que ele me pareça desta ou daquela maneira, ou seja, explicitando os pressupostos que orientam a compreensão daquilo que está sendo focalizado.

O existencialismo nos traz a compreensão do homem como ser-no-mundo (sendo ser e mundo instâncias inseparáveis e que são um neste indivíduo) com-os-outros. Desta maneira, não estaremos procurando os aspectos internos do cliente, que fazem com que tal ou qual coisa se manifeste desta ou daquela maneira, mas trabalharemos sempre no entre (ser e mundo com os outros), no modo de como as coisas aparecem, no significado que elas têm para o psicólogo e para o cliente, considerando que cada um de nós toma, o tempo todo, decisões pessoais, dando sentido à sua própria existência (mesmo que não se dê conta disto). Mundo, neste contexto, é a possibilidade de algo nos parecer como sendo isto ou aquilo, sistema de remissões possíveis, rede de significações em que cada coisa é o que é, remetendo a outras. Assim, as interpretações são desenvolvidas via interpretações-significados, vistos a partir de determinada perspectiva que trata de esclarecer e compartilhar já que a realidade humana é sempre situada no mundo.

Para o psicólogo que se propõe a desenvolver um psicodiagnóstico colaborativo com crianças e seus pais, vários conhecimentos são imprescindíveis, devendo muitas vezes ser resgatados:

- noções de psicologia do desenvolvimento, já que é importante situar a queixa em relação a uma fase do desenvolvimento e a um momento de vida pelo qual a família passa. Por exemplo, uma criança que apresenta enurese noturna faz com que o psicólogo se coloque uma série de

perguntas: como se deu o ensino do controle esfinteriano, o que está acontecendo no momento atual, a criança já havia adquirido o controle e o perdeu, ou nunca o adquiriu? Cada uma destas perguntas é orientada por conhecimentos provindos de abordagens teóricas que focalizam desenvolvimento individual, inserção de um indivíduo na família, dinâmica familiar, crescimento e regressão;

- conhecimentos oriundos das teorias a respeito de família, dinâmica familiar, bode expiatório, relacionamento diádico, triádico, etc;

- conhecimentos de psicologia escolar também são resgatados, uma vez que esta criança frequenta uma determinada escola que foi escolhida por seus pais e tem uma determinada filosofia. Será que há coincidência entre a filosofia da escola e dos pais? Será que a escola atende às necessidades desta criança? Como é o tamanho da classe, como é a atitude da professora? De uma maneira geral, uma criança que não tenha dificuldade adapta-se a qualquer tipo de escola e, portanto, estas perguntas não se colocam. Mas quando há dificuldades da criança na escola, antes de pensarmos apenas que a questão se coloca na criança, é importante pesquisarmos a relação entre a criança, a família e a escola.

Resumindo, examinam-se aspectos biológicos, biográficos, ambientais, em termos de suas contribuições à situação atual da criança e de sua família.

No psicodiagnóstico colaborativo o psicólogo utiliza-se dos instrumentos psicológicos disponíveis, sejam eles provindos da psicometria, sejam testes projetivos, seja observação lúdica, etc.

Assim, um conhecimento destes instrumentos é muito importante, já que ignorá-los seria desconsiderar várias possibilidades oferecidas ao psicólogo e desenvolvidas com a finalidade de melhor conhecer o cliente. Entendemos que eles funcionam como organizadores de uma experiência e, quando não usados como anteparos entre o psicólogo e o cliente, podem ser dinamizadores de várias possibilidades

relacionais e interventivas. Permitem que psicólogo e cliente observem a pessoa realizando uma atividade. Situações semelhantes, ocorridas no passado, tornam-se disponíveis para o cliente, podendo ser retomadas e revistas, abrindo-se novas perspectivas e ampliando-se possibilidades.

### **A investigação preliminar**

As questões colocadas a partir das discussões a respeito de psicodiagnóstico em geral e de psicodiagnóstico interventivo na abordagem fenomenológico-existencial em particular surpreenderam os alunos que, em sua maioria, partiam da concepção clássica do psicodiagnóstico. Mesmo para aqueles que haviam entrado em contato com textos a respeito do psicodiagnóstico como processo de intervenção, a abordagem fenomenológico-existencial não havia sido significativa.

De fato, de uma maneira geral, a abordagem fenomenológica ainda representa uma ruptura em relação a posições tradicionais relacionadas à cientificidade, ao conhecimento, à verdade, etc. De fato, a noção de relação intencional, de ser-no-mundo como unidade indivisível, ainda acarreta certo estranhamento, já que a formação científica, até hoje, ainda mantém a separação sujeito x objeto, sujeito x ambiente, teorias verdadeiras ou falsas.

O humanismo enfatiza a questão do cuidado e a questão da relação com o outro, que em situações terapêuticas são mais focalizadas. O psicodiagnóstico clássico, por outro lado, levanta a questão de se saber qual é a "verdade" em relação a este sujeito, na medida em que tradicionalmente seu objetivo é compreender o que está acontecendo com ele, para chegar a uma indicação terapêutica melhor fundamentada e a um prognóstico.

Assim, tendo em vista que se discutia a questão da queixa, o esclarecimento da demanda e, principalmente, a co-constituição da compreensão daquilo que está acontecendo, a revisão da posição do psicólogo, a atividade do cliente, é que os alunos puderam começar a considerar o psicodiagnóstico sob uma nova perspectiva.

-“Ler o psicodiagnóstico desta forma é trazer o outro para a posição da gente. O processo perde o caráter tradicional, onde a pessoa é receptor passivo da ação de alguém.”

-“O Psicodiagnóstico trabalha muitas coisas e não simplesmente rotula, o Plantão também inicia um ‘tratamento’ que pode ser encerrado ou servir como clareador para um encaminhamento.”

-“É preciso uma resignificação do sentido do psicodiagnóstico, considerando-o uma prática de essência no cuidado com a pessoa do cliente.”

Os alunos começaram a se dar conta da importância da relação estabelecida entre psicólogo e cliente, da co-responsabilidade no desenvolvimento do trabalho, da mudança de posição do psicólogo, não mais detentor do saber, mas representante de um outro ponto de vista a ser compartilhado com o cliente.

-“No psicodiagnóstico fenomenológico-existencial, o profissional também trabalha a partir do básico: as relações humanas.”

-“O psicodiagnóstico fenomenológico-existencial e o plantão psicológico tratam a relação cliente/psicólogo de um forma muito semelhante.”

-“O enfoque adotado pelo psicodiagnóstico é muito próximo do plantão.”

Penso que, pelo fato de o plantão psicológico ter nascido e se desenvolvido no SAP que, tradicionalmente, privilegia a abordagem humanista, a terapia centrada no cliente (avessa ao psicodiagnóstico em sua acepção tradicional) é que, a partir do contato com o psicodiagnóstico colaborativo, alguns alunos perceberam que o psicodiagnóstico poderia contribuir com a atividade de plantão:

-“sinto que o objetivo principal do plantão é atender a necessidade emergencial que a pessoa tenha, seja ela qual for, quando procura um plantão. Esclarecer, ouvir, orientar, re-orientar a pessoa na sua solicitação é já um psicodiagnóstico à medida que este olhar àquilo que a pessoa traz demanda uma especificidade clínica e uma certa organização e direcionamento que a pessoa não está encontrando por si só.”

-“O psicodiagnóstico poderia contribuir com o plantão na questão do esclarecimento da demanda daquele que procura o serviço.”

A questão do esclarecimento da demanda é sublinhada, considerando que o trabalho com psicodiagnóstico trouxe a possibilidade de uma “organização mais objetiva” para quem faz plantão. De fato, quando falamos em “esclarecer demanda”, pensamos no que acontece quando a atitude natural, a partir da qual lidamos com o mundo sem nos perguntarmos a respeito do significado de cada coisa, não é mais possível. Quando o mundo se torna obstrutivo (quando a totalidade estruturada de significados e de intenções inter-relacionadas perde o sentido), quando surge a pergunta, é que é necessário “tematizar” e debruçar-se sobre o fenômeno tematizado.

Entendemos por isto que, como dito anteriormente, é necessário que o psicólogo, junto com os pais, possa “explorar o significado da queixa trazida, dos sintomas apresentados pela criança, a compreensão que eles têm de sua situação e de sua relação com o filho. (...) numa situação de cooperação em que a capacidade de ambas as partes observarem, apreenderem, compreenderem constitui a base indispensável para o trabalho. Tanto os pais como o psicólogo observam a si mesmos e ao outro, tanto os pais como o psicólogo procuram compreender o que está sendo vivenciado, sendo que a compreensão dos pais e a do psicólogo são equivalentes e compartilhadas”. (Yehia, 1998, pp. 118-120).

Embora fale de pais, pois nossa prática se dá principalmente com crianças cujos pais procuram um serviço psicológico, penso que é possível trabalhar da mesma maneira com um adulto ou um adolescente que estejam procurando atendimento para si mesmos.

Nas palavras de uma aluna:

-“Acredito que o psicodiagnóstico poderia ajudar a ‘objetivar’ questões surgidas no plantão, principalmente no que se refere ao esclarecimento da demanda daquele que procura o serviço.”

- "O plantão atende toda a necessidade emergencial (atende tudo) que a pessoa tenha, seja ela qual for. Se incorporar o psicodiagnóstico, teria a possibilidade de organização, de direcionamento daquilo que é trazido."

No que diz respeito aos recursos utilizados pelo psicólogo que realiza o psicodiagnóstico interventivo, estes também são vistos como possíveis auxiliares para a compreensão do cliente que procura o plantão.

- "O plantonista 'iluminado' pela aprendizagem da proposta do psicodiagnóstico fenomenológico-existencial pode ampliar a maneira de receber o cliente no plantão. O fazer do psicólogo em psicodiagnóstico fenomenológico-existencial abre-se para o uso de recursos como a anamnese, o material lúdico, os testes, a visita domiciliar, a escolar, de uma maneira que isto ajuda a iluminar o fenômeno".

De fato, inicialmente, houve uma certa resistência ao uso dos testes psicológicos, principalmente os de nível intelectual, já que estes, por definição, dão um resultado objetivo (QI), não sendo geralmente pensados como organizadores da experiência da criança naquele momento e reprodução de situações de seu cotidiano (escola, casa), revelando os modos e a eficácia da criança ao lidar com elas.

O contato com o psicodiagnóstico colaborativo suscitou alguns comentários, dentre os quais o de que tal atendimento seria um "luxo". Aqui, retomo algo em relação a que venho insistindo nos últimos 20 anos de prática em instituição, ou seja, que "o cliente, desde o primeiro momento em que procura uma clínica-escola tem direito a um atendimento psicológico digno deste nome" (Yehia, 1983).

O sentido deste trabalho foi captado por uma das alunas:

- "é preciso uma resignificação do sentido do psicodiagnóstico, considerando-o uma prática não de 'luxo' mas de essência no cuidado com a pessoa do cliente".

## CONCLUSÃO

A investigação preliminar permite dizer que, profissionais que têm contato com a prática do plantão psicológico e que entram em contato com o psicodiagnóstico colaborativo, na abordagem fenomenológico-existencial, dão-se conta da oposição à postura tradicional em relação a conhecimento e verdade já que o enfoque teórico está orientado na mesma direção (fenomenológico-existencial), valorizando a relação com o outro, focalizando a compreensão do que esteja acontecendo consigo próprio e com o outro.

Sabemos que o psicodiagnóstico fenomenológico-existencial é proposto como uma prática interventiva. Constituiu-se a partir da insatisfação de profissionais que se davam conta da ineficiência dos procedimentos tradicionais para o atendimento aos clientes, propondo-se a torná-los mais participantes, estando o próprio psicólogo mais engajado e ativo na relação estabelecida com os clientes.

Neste sentido, podemos vislumbrar uma posição ético-política, na medida em que a proposta é devolver ao cliente suas possibilidades de ser, ampliando suas possibilidades e horizontes, estimulando-o a assumir uma posição de cidadania. Também, por parte dos profissionais, há uma apropriação de um fazer clínico, desde o início do atendimento ao cliente (o fazer clínico, como já foi dito, era adiado para depois do psicodiagnóstico). Por fazer clínico entendemos, retomando a etimologia da palavra clínico, o inclinar-se para o sofrente, desde o primeiro contato com este.

Por outro lado, o psicodiagnóstico, compreendido como conhecer (gnose) através de (dia), pode se dar a partir do encontro entre psicólogo e cliente, propiciando, na medida do possível, a abertura para novas possibilidades de compreensão, a partir do estranhamento, saindo do impessoal e apropriando-nos da experiência vivida. Deste modo, o psicólogo se mantém em contato com a experiência do cliente, "contato vivido, afetivo e intelectual". (Figueiredo, 2000, p. 17).

Em texto de 1998, eu dizia que o processo psicodiagnóstico é referido por pais que por ele passaram como “uma oportunidade para prestar atenção, perceber e pensar sobre o que está acontecendo”. Na medida em que o cliente tem a oportunidade de “rever sua maneira de se relacionar com o filho, perceber novos sentidos possíveis para as situações de interação com ele, reformulando sua forma de exercer seu papel e, às vezes, seu desenvolvimento enquanto pessoa”, o psicodiagnóstico colaborativo apresenta aspectos terapêuticos.

De fato, na medida em que o psicólogo trabalha a partir da ruptura, que gera a pergunta (Yehia, 1988 p. 117), o cotidiano é desnaturalizado e com a ajuda do psicólogo (seus questionamentos, intervenções, orientações), os pais vão desenvolvendo sua capacidade de pensar, de se colocar diante das questões que aparecem e de tomar decisões.

No plantão psicológico, cujo objetivo é o atendimento emergencial à demanda, temos uma proposta muito semelhante, embora esta prática tenha se desenvolvido a partir de um outro contexto, o de aconselhamento psicológico, “solo para as tensões da existência do homem em situação de vida no mundo com os outros, ou seja das relações interpessoais” (Morato, 1999, p. 83), nem sempre visto como atividade clínica.

De fato, ambas as práticas nasceram e se desenvolveram em contextos institucionais, fruto da insatisfação de profissionais com o atendimento oferecido aos clientes e que ousaram debruçar-se sobre a experiência e criar! Ambas as práticas propõem-se dar acolhimento ao cliente enquanto sofrente, trabalhando a partir de uma compreensão mais ética do que técnica (a respeito deste tema vide Figueiredo, 2000), permitindo o aparecimento de possibilidades existenciais encobertas pela calcificação decorrente do domínio do cotidiano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANCONA-LOPEZ, S. A.. *Porta de Entrada - Da entrevista de triagem à consulta psicológica*, Tese de Doutorado, PUCSP, 1996
- FIGUEIREDO, L.C. & Coelho Junior, *Ética e Técnica em Psicanálise*, Escuta, São Paulo, 2000.
- MAHFOUD, M., *A Vivência de um Desafio: plantão psicológico*. In: Rozemberg, R.L. (org), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU, 1987.
- MORATO, H.T.P. (org), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa – Novos Desafios*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- SCHMIDT, M.L.S., *Aconselhamento Psicológico e Instituição: Algumas Considerações sobre o Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP*, in Morato, H.T.P. (org.) *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa – Novos Desafios*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- YEHIA, G.Y., Reformulação do papel do psicólogo no psicodiagnóstico fenomenológico-existencial e sua repercussão sobre os pais, in Ancona-Lopes, M. (org) *Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção*, São Paulo, Cortez, 1998(2ª ed).
- YEHIA, G.Y., *Proposta de uma técnica alternativa de supervisão de estágio para a formação de psicólogos*, Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, PUC-SP, 1983.

Recebido para publicação em 23 de abril de 2003 e aceito em 7 de novembro de 2003.



# O MÉTODO DE RORSCHACH E A PSICOPATOLOGIA FENÔMENO-ESTRUTURAL\*

## THE RORSCHACH METHOD AND THE PHENOMENO-STRUCTURAL PSYCHOPATHOLOGY

Anna Elisa de Villemor AMARAL<sup>1</sup>

### RESUMO

*O método de Rorschach foi, desde sua criação, centro de importantes investigações em psicopatologia. Por tratar-se de um método de estudo da personalidade baseado na análise de respostas a estímulos não estruturados, serve de base para a observação dos fenômenos psíquicos complexos relacionados com os processos de percepção, associação, projeção, e também da comunicação e expressão verbal. Daí provêm a riqueza das análises feitas sobre o material coletado, a profundidade e o alcance das observações e conclusões obtidas e a diversidade de metodologias empregadas para tal fim. Dentre os diversos sistemas de análise e interpretação desenvolvidos e bastante em uso, embora menos conhecida em nosso país, encontra-se a metodologia fundamentada nos princípios da Psicopatologia Fenômeno-estrutural, baseada no estudo da linguagem e da visão em imagens. Sua contribuição para a compreensão do funcionamento normal e patológico é bastante significativa e, sendo assim, o objetivo deste artigo é contribuir para a difusão dessa teoria e desse método de análise, demonstrando sua riqueza para a compreensão diagnóstica do indivíduo.*

**Palavras-chave:** Rorschach; avaliação psicológica; psicopatologia fenômeno-estrutural; psicodiagnóstico; psicopatologia.

### ABSTRACT

*The Rorschach method is a source of several studies in psychopathology due to its origins and foundations. It constitutes a method for personality*

---

<sup>(\*)</sup> Este trabalho é parte do relatório de pós-doutorado realizado na Universidade da Savóia (França) com financiamento da FAPESP.

<sup>(1)</sup> Doutora do Programa de Estudo Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco. Endereço para correspondência: Rua: Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 – Itatiba/SP Cep: 13251-900.  
E-mail: anna.villemor@saofrancisco.edu.br.

*assessment based on the responses given to non structured stimulus which allows the observation of complex psychological phenomena related to perception, association, projection and the verbal expression. This fact permits the various methodologies of analysis developed all over the world, each point of view with its scope and importance. Among the several systems we can found the method based on the Phenomeno-structural psychopathology that proceeds with the analysis of the language and the imagery, bringing important contribution for the comprehension of the normal and the pathological functioning. The purpose of this article is to contribute to the diffusion of this theory and this method in our country, showing it's value for the psychological assessment.*

**Key words:** *Rorschach; psychological assessment; psychopathology phenomeno-structural; psychodiagnostic; psychopathology.*

O método de Rorschach, dados a sua origem e os seus fundamentos, vem sendo desde sua criação fonte de inúmeros estudos, constituindo-se o centro de importantes investigações em psicopatologia. Por tratar-se de um método de estudo da personalidade baseado na análise de respostas a estímulos não estruturados, serve de base para a observação dos fenômenos psíquicos complexos relacionados com os processos de percepção, associação, projeção, e também da comunicação e expressão verbal. Daí provêm a riqueza das análises feitas sobre o material coletado, a profundidade e o alcance das observações e conclusões obtidas e a diversidade de metodologias empregadas para tal fim.

Dentre os diversos sistemas utilizados de análise e interpretação do Rorschach, há um menos conhecido e empregado em nosso país, que tem, porém, maior aceitação em países europeus, destacadamente a França, seu país de origem. Trata-se da metodologia fundamentada nos princípios da Psicopatologia Fenômeno-estrutural, baseada no estudo da linguagem e da visão em imagens, cuja contribuição para a compreensão do funcionamento normal e patológico é bastante significativa. O objetivo deste artigo é contribuir para a difusão dessa teoria e desse método de análise, demonstrando sua riqueza para a compreensão diagnóstica do indivíduo. Abordaremos inicialmente as origens do método num breve histórico para, a seguir, demonstrar suas implicações teóricas com

relação à psicopatologia e ao desenvolvimento e, finalmente, salientar as diferenças e especificidades dessa abordagem em relação às outras mais conhecidas em nosso meio.

## BREVE HISTÓRICO

A Psicopatologia fenômeno-estrutural desenvolveu-se nas décadas de 20 e 30 quando Eugène Minkowski realiza diversos estudos em psicopatologia e publica suas duas principais obras: *La squizophrénie* em 1927 e *Le temps vécu* em 1933. Em suas observações dos doentes mentais, e particularmente dos esquizofrênicos, Minkowski (1927, apud Barthelemy, 1996) percebe a importância da fala e da linguagem como meio de expressão dos distúrbios a que estavam sujeitos. Registrava suas palavras textualmente e assinalava as passagens mais características de seu discurso para observar os problemas essenciais dos distúrbios que os afetavam, registrando assim os mecanismos preponderantes da doença tal como experimentados pelos pacientes. Influenciado por Bergson, que fez a distinção entre tempo vivido como experiência interna em contraposição ao tempo cronológico - mensurável -, desenvolveu pesquisas a partir dessas noções. Para Minkowski, as alterações do tempo vivido nos pacientes podem ser captadas por meio de uma fenomenologia da linguagem. Considerada como um dos elementos principais de nossa função expressiva, a

linguagem nos permite captar as alterações do tempo vivido nos pacientes e mais amplamente as características do tempo vivido por cada um de nós. Esse autor parte então do estudo da linguagem corrente e de suas metáforas para verificar as qualidades de espaço e tempo expressas pelas marcas e inscrições espaço-temporais da experiência vivida.

Francisca Minkowska, em torno de 1938, toma contato pela primeira vez com o Método de Rorschach e inicia suas pesquisas apoiada nos estudos de Minkowski. Seu principal interesse então referia-se à genealogia dos doentes psiquiátricos. Nessa época Minkowska trabalhava na equipe de Bleuler e teve a oportunidade de estudar seis gerações de dois irmãos hospitalizados em seu serviço. Estudando de forma direta, e por meio de seus descendentes, as particularidades psicológicas dessa família, Minkowska encontra dois ramos importantes: o primeiro condizia com as hipóteses de Bleuler e com o caminho indicado por ele; mas o segundo, em vez de conduzi-la em direção aos transtornos do tipo maníaco-depressivo conforme Bleuler havia sugerido, a coloca em face do inesperado fenômeno da epilepsia. Afastando-se do interesse específico para a doença, Minkowska sente-se mais atraída pelas características daqueles que nessa família não demonstravam transtornos mentais mas apresentavam características de personalidade comuns. Assim, numa família com alguns casos de epilepsia ela encontra indivíduos com a “afetividade concentrada, condensada, viscosa, que adere e não se desliga facilmente dos objetos do ambiente, mesmo que as circunstâncias assim o exijam”. Denomina de epileptóide o indivíduo com uma personalidade em que predomina a afetividade viscosa e sem mobilidade, por oposição ao que Kretschmer nessa mesma época havia denominado de esquizóide (Barthelemy, 1996).

Nesse momento, Minkowska adquire sua convicção a respeito do contraste entre dois grandes princípios da organização da estrutura mental, que encontram seus extremos nos mecanismos dominantes de dois pólos: o da epilepsia e o da esquizofrenia. Tendo conheci-

mento sobre o método psicodiagnóstico criado por Rorschach e associando-o aos ensinamentos de Minkowski sobre a análise da linguagem, essa autora procura dar continuidade à exploração das tendências sensoriais ou, mais propriamente, sensório-motoras.

Diferentemente de Rorschach, que quando criou seu método diagnóstico estava fundamentalmente interessado em estabelecer a relação entre traços de personalidade e as características perceptivas, Minkowska vai em busca, por meio da linguagem meticulosamente registrada na fala do paciente, dos mecanismos que possam aproximá-lo de um dos dois pólos considerados por ela. Assim como Bleuler denomina de cisão ou *spaltung* o mecanismo essencial que caracteriza a esquizofrenia, a autora identifica o mecanismo da ligação ou *lien*, responsável por uma visão rica em imagens e pela tendência em unir partes da figura que aparecem isoladas para outras pessoas. A ligação é responsável pela criação de conjuntos e combinações progressivas mais ou menos coerentes e sua preponderância é tanto maior quanto maior for a proximidade do indivíduo ao pólo epilepto-sensorial. Assim como na imagem, encontramos na linguagem expressões mais ou menos marcadas pela ligação, seja no uso de expressões combinadas em que as palavras indicam forte proximidade com os elementos sensoriais – ligação direta e concreta com a realidade e com o mundo exterior -, seja pela ação expressa por mímicas e movimentos durante o exame. Palavras que indicam objetos concretos são mais carregadas de elementos sensoriais e portanto expressam o mecanismo de ligação enquanto as palavras com maior nível de abstração são mais racionais e mais impregnadas de cisão ou corte - *coupure* - para utilizar o termo escolhido por Minkowska. Como exemplo podemos considerar o uso, por um paciente, da palavra leão na prancha VIII, que se refere a um objeto concreto ou o uso do termo quadrúpede por outro paciente na mesma prancha, com características mais abstratas e racionais.

Desse modo, a análise das respostas no Rorschach só é possível desde que estas tenham sido anotadas exatamente como foram pronun-

ciadas, evitando-se mesmo as abreviações. A presença do artigo, e mesmo das hesitações e incoerências no uso dessa partícula do discurso, pode ser reveladora de características de personalidade que passariam despercebidas por outros métodos de análise. Uma frase dita por um paciente que contenha poucos artigos e em que os substantivos predominam tem um caráter mais esquemático e recortado do que uma frase na qual aparecem mais elementos de ligação, dando-lhe um caráter mais contínuo. Assim, preposições, contrações, reticências, repetições são todas particularidades da linguagem que expressam níveis distintos de sensorialidade ou racionalidade, verificando-se no pólo sensorial o predomínio do concreto e no pólo racional o predomínio do abstrato.

De maneira semelhante, o comportamento durante o exame e a relação com o examinador também trazem a marca da sensorialidade ou da racionalidade, dependendo da maior ou menor distância existente entre sujeito, material de exame e aplicador. Neste caso, quanto maior for a proximidade entre esses três elementos, maior será a intensidade da ligação. Indivíduos sensoriais se movimentam mais ao fazer a prova, fazem mais mímicas, manipulam mais o material, tocam e se dirigem diretamente ao aplicador com frequência, ao passo que os indivíduos com inclinações predominantemente racionais revelam uma atitude mais distante em relação ao contexto de exame.

Portanto, para Minkowska, as palavras no Rorschach não são apreendidas nem em relação ao seu conteúdo específico, nem em relação a um significado simbólico latente, mas são consideradas em virtude de situações vitais a que elas se referem. Trata-se dos fundamentos de uma semântica, trata-se de verificar na linguagem o que ela traz de imagens, movimentos, sensações, disposições afetivas em relação às fontes relacionais e propensões expressivas – sua dimensão metafórica. A análise então se apóia num procedimento bastante minucioso, no dissecar palavra por palavra e estabelecer as expressões de base aí contidas. O que se manifesta então não são conteúdos que

simbolizam conflitos psíquicos relacionados com os impulsos de vida ou de morte, como se diria numa abordagem psicanalítica, mas princípios de ordem estrutural relacionados com o espaço e o tempo vividos. Mesmo correndo o risco de fazer reduções simplistas ao darmos exemplos, poderíamos tentar ilustrar as diferenças considerando, por exemplo, que, se numa análise de fundamentação psicanalítica poderíamos centrar a ênfase na interpretação da resposta 'arma pré-histórica' enfocando seu conteúdo agressivo e primitivo, na análise fenômeno-estrutural estaríamos mais interessados na esquematização da frase, na ausência de aspectos sensoriais na linguagem e no distanciamento no tempo que refletem um funcionamento esquizo-racional. Entretanto, embora essas diferenças sejam significativas, não se pode acreditar ingenuamente que uma ou outra abordagem não leve em conta os aspectos abordados pela outra, embora com ênfases distintas.

É, portanto, por meio do Rorschach que Minkowska toma em consideração os mecanismos essenciais, inscritos no núcleo da expressão pela linguagem e inferidos da prática clínica. Corte e ligação traduzem em profundidade as características da relação do indivíduo com o mundo e o estudo da linguagem permite apreender o enraizamento temporo-espacial do indivíduo. Em cada um dos pólos representados num extremo pelo corte e noutra pela ligação nos defrontar com um mundo mental em que predomina a desintegração ou a aglutinação, respectivamente.

## PSICOPATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO

Há oposição entre os dois pólos – sensorial e racional - o primeiro que representa maior proximidade com a realidade e o segundo, maior distanciamento com a realidade concreta. No pólo racional, que tem sua expressão máxima na esquizofrenia, encontram-se mais abstrações e maior distanciamento da experiência concreta, enquanto no pólo sensorial, cuja expressão extrema está na epilepsia, encontra-se a

sensorialidade e a adesividade. Para Ganidel (1960), o mundo racional é marcado pela horizontalidade, pela imobilidade, por retidão e simbolismo, enquanto o mundo sensorial, pela verticalidade, movimento, a linha sinuosa e a metáfora. Minkowski (apud Helman, 1983) já havia chamado a atenção para as diferenças entre o vago e o confuso, alertando que o primeiro caracteriza o funcionamento racional e o segundo é observado no funcionamento sensorial. Delaunay (1977) aponta as distinções no universo da ficção entre uma produção mais sensorial ou mais racional. Nesse sentido, esse autor diferencia o feérico do fantástico e argumenta que o feérico constitui um universo mais coerente, impregnado de imaginação sensorial que não atinge o sentimento do real, enquanto o fantástico é mais fragmentado e nele o imaginário pode romper mais agudamente com a realidade.

O mecanismo de ligação é responsável tanto pelo fenômeno patológico de aglutinação de imagens e pensamentos quanto por contribuir, de modo importante, para os processo de integração e compreensão da experiência vivida. Sendo o mecanismo de ligação responsável tanto pela aglutinação quanto pela integração, somos naturalmente levados a considerá-lo, do ponto de vista da teoria psicanalística, um importante representante da posição depressiva na qual se realiza a integração do objeto, passo fundamental para a saúde mental. De fato, a depressão é um dos quadros nos quais a ligação pode se manifestar (Barthelemy, 1992), sendo a integração o resultado de ligações bem sucedidas. Entretanto, a ligação em si não necessariamente resulta em integração, podendo, ao contrário, originar imagens sobrepostas, aglutinadas ou fundidas, de modo bastante bizarro e confuso. O excesso de aglutinação gera aumento da tensão que conduz a rupturas bruscas que, no seu extremo, caracterizam as crises epiléticas.

Diversos autores demonstraram a presença e a evolução desses mecanismos nos quadros psicopatológicos, entre os quais se destacam: Wawrzyniak (1982), em seu estudo sobre adolescência e suas aproximações com a

psicose; Ternoy (1998), em suas pesquisas sobre a alucinação; Barthelemy et Viala (1993), em seu trabalho sobre os processos orgânicos deficitários; Yazigi (1994), em seu trabalho sobre a epilepsia, e Amparo (2002), na sua investigação com pacientes esquizofrênicos.

Para além da psicopatologia, identificamos, no curso do desenvolvimento, etapas em que predomina ora a sensorialidade, ora a racionalidade e que podem ser observadas e acompanhadas pelos mesmos mecanismos essenciais de ligação e corte. Assim é que, nos casos de crianças, se observa um predomínio da sensorialidade, sobretudo entre 3 e 6 anos, quando a partir de então os mecanismos racionais começam a dominar e têm sua participação fundamental para a escolarização.

Tal desenvolvimento também pode ser observado no curso de tratamentos psicopatológicos. Helman (1971) demonstra como nas diversas patologias e transtornos psíquicos podemos acompanhar a evolução de uma *poussée sensori-motrice* ou, como chamaremos daqui por diante, ímpeto sensorio-motor, que representa uma maior integração do pensamento e um maior contato com a realidade no caso de pacientes graves. De modo contrário, Barthelemy (1987, 1993) observa, no tratamento de pacientes alcoólicos e no processo de “desmame” (abandono do hábito de beber), o caminho inverso percorrido de um extremo em que domina a sensorialidade e a viscosidade no período de intoxicação para um direcionamento mais marcado pela racionalidade durante a desintoxicação.

Retomando, no desenvolvimento normal há etapas nas quais predomina a sensorialidade e outras em que encontramos maior racionalidade. As crianças são mais sensoriais que os adultos, mas quando chegam à idade de seis e sete anos precisam se tornar mais racionais para poder aprender, caso contrário terão menores condições de se manterem sentadas, pensando, pois predominará o movimento, a necessidade de experienciar concretamente cada fenômeno ao seu redor. Se a criança não consegue afastar-se da sensorialidade, não conseguirá aprender.

Assim, os dois pólos constituem uma tipologia, mas ao mesmo tempo representam etapas evolutivas que se alternam. Seja qual for a tipologia dominante em uma pessoa, há momentos mais sensoriais e mais racionais em todas, variando seja de acordo com estados mais patológicos, seja por causa da evolução normal. Daí ser interessante estudar o ímpeto sensório-motor, o que nos dá a possibilidade de verificar como em um determinado período uma pessoa evolui entre os dois pólos, desenvolvendo possibilidades mais ou menos adaptativas. Nesses estudos acompanha-se, por meio do Rorschach, a produção do indivíduo em diferentes períodos.

Como já mencionamos, a linguagem permite verificar os mecanismos essenciais de ligação e corte presentes no universo representacional de um indivíduo, abrindo-nos o caminho para suas relações com o espaço e o tempo vividos e, portanto, para sua estrutura mental. Os estudos sobre lingüística explicitam as relações entre o mundo mental e a linguagem. Guillaume (1973) afirma que a linguagem torna o mental algo físico, na medida em que pode ser apreendido pelos sentidos, e que a observação da ciência da linguagem torna visível o que seria inacessível de outra maneira. A linguagem é a expressão física do mental, pois torna o mental captável por meios sensoriais, seja pela visão, seja pela audição. Mas mesmo assim, a linguagem será sempre uma representação 'fisificada' do mental, jamais sendo absolutamente fiel ao mental que ela representa. Nesse sentido, Guillaume (1973) considera a linguagem humana uma estrutura ou uma arquitetura que busca continuamente um ajustamento ótimo ao mental e que apenas existe a partir do momento em que o vivido experimental é transformado em representação, sendo, contudo, nada mais que um *trompe l'oeil* do que é a mente em sua essência. Conforme Bérghson (apud Guillaume, 1973, p 138), do ato da linguagem só temos acesso aos seus últimos momentos, pois antes disso há um momento prévio no qual se estabelece um contato entre o pensamento em instância de expressão e a língua da qual o espírito tem a posse permanente.

Encontramos em Guillaume (1973), mas Rousseau (1990), já havia mencionado anteriormente a idéia de que, seja no sentido ontológico ou no do desenvolvimento da espécie humana, o nível de evolução da linguagem é sempre expressão de progresso, seja da pessoa, seja da civilização. Tanto num sentido como no outro, a linguagem é representação de um pensamento, que por sua vez é conquista e desenvolvimento a partir de um estágio de turbulência mental. Há uma relação dialética entre pensamento e linguagem, um se desenvolvendo calcado no desenvolvimento do outro e para Guillaume (1973) "a linguagem traz ao pensamento o poder de salvaguardar o poder adquirido, o seu estado construído e de aumentar esse poder" (p. 246).

Se, por um lado, na abordagem psicanalítica a ênfase na análise das respostas dadas ao Rorschach focaliza seu conteúdo e seu simbolismo e a fala do paciente importa tanto ou mais que a codificação das respostas, por outro lado, não se busca uma estrutura da linguagem enquanto fenômeno mental, mas sim o sentido simbólico contido em cada conteúdo enunciado.

A diferença entre o sistema de análise com referencial psicanalítico e o da psicopatologia fenômeno-estrutural localiza-se, mais precisamente, na diferença existente entre metáfora e símbolo. Para a psicopatologia fenômeno-estrutural, a metáfora é a expressão indireta de objetos ou sentimentos em seus componentes mais concretos e sensoriais, ao passo que o símbolo está ligado às abstrações intelectuais. Isso nos permite classificar a metáfora como algo ligado à sensorialidade e o símbolo como algo ligado à racionalidade. Em psicanálise, a dimensão simbólica reflete os registros das experiências emocionais em relação aos objetos, aos impulsos, à sua satisfação ou às proibições a eles impostas. Mas sabemos que, para uma análise efetiva do universo simbólico, é necessário que o produto a ser analisado provenha de uma mente desenvolvida, com capacidade de simbolização, já que esta não está presente em todos os indivíduos, sendo falha em patologias graves. Pacientes mal mentalizados, como diria P. Marty

(1998)<sup>2</sup>, praticamente não produzem símbolos traduzíveis, o que torna o alcance das análises simbólicas mais limitado nestes casos. Já a metáfora ou a estrutura da linguagem pode ser analisada independentemente, sendo sempre acessíveis do nível de desenvolvimento mental, quando há comunicação verbal.

### DIFERENÇAS METODOLÓGICAS

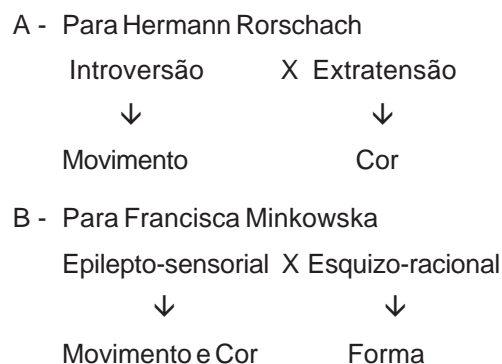
São muitas as diferenças entre essa abordagem e outras correntes atualmente aceitas e mesmo entre a abordagem da psicopatologia fenômeno-estrutural e o princípio original de análise criada por Hermann Rorschach. As diferenças começam pelo sistema de codificação da resposta, que tem para as abordagens mais difundidas do Rorschach um papel mais fundamental do que para os adeptos da proposta de Minkowska. Para estes, embora a classificação tenha seu lugar de importância, esta não supera o que a análise da linguagem possa trazer de contribuição para a compreensão do universo mental do indivíduo. Nesse sentido, para a psicopatologia fenômeno-estrutural, os códigos atribuídos às respostas são considerados principalmente por permitirem a identificação das características da percepção e da visão em imagens, sendo raramente considerados do ponto de vista quantitativo.

As diferenças entretanto não se restringem à importância dada à classificação das respostas, estendendo-se à maneira mesmo de classificá-las, variando a importância dada exclusivamente ao que é dito pelo paciente, no caso do Sistema Compreensivo, ou no que pode ser inferido de sua fala, segundo o que ensina Minkowska. Por exemplo, para o Sistema Compreensivo, ou para as principais escolas de Rorschach no mundo atual, uma resposta de cor só é classificada como tal desde que o indivíduo faça referência explícita à inclusão da cor na formação do percepto. No entanto, para os seguidores de Minkowska (Barthelemy, 1987), uma resposta

deve receber o código de cor sempre que seja dada em uma área colorida e que o objeto referido possua aquela cor. Do mesmo modo, encontramos diferenças significativas no que diz respeito à classificação das respostas de movimento, estando as subcategorias de movimento distribuídas de forma distinta, principalmente nas respostas de claro/escuro e sombreado.

Além disso, H. Rorschach, ao criar o seu teste, parte de uma visão psicopatológica que pressupõe a existência de uma tipologia psíquica, na qual se encontram dois tipos básicos: o introversivo e o extratensivo, caracterizados, respectivamente, pela supremacia de repostas de movimento ou de cor. Essa tipologia se manteve nas principais abordagens atuais, mas não é compartilhada pelos adeptos da Psicopatologia fenômeno-estrutural, sendo a tipologia proposta por Minkowska e Helman bastante oposta, na medida em que identifica os tipos epilepto-sensorial e esquizo-racional caracterizados, num extremo, pelas respostas de Movimento e Cor e, no outro, pelas respostas de Forma.

Desse modo, podemos esquematizar da seguinte maneira as duas tipologias descritas de acordo com os dois métodos de análise:



Nesse caso, observa-se que a diferença fundamental entre as duas abordagens tipológicas reside no papel atribuído às respostas de movimento, principalmente porque na segunda abordagem é retirado do movimento sua ligação

<sup>(2)</sup> Mentalização se refere à quantidade à qualidade das representações mentais que fazem parte do repertório de experiências vividas pelo indivíduo e registradas em sua memória, sendo mais ou menos acessíveis à consciência (Marty, 1998).

com os processos cognitivos em geral e mais especificamente de pensamento, que ficam identificados exclusivamente com as repostas de forma. Movimento e cor, nesta visão, são ambos representantes de um modo de vivenciar o mundo mais concreto e direto com a realidade, estando as repostas de forma mais diretamente relacionadas com a capacidade de abstração e com os processos racionais.

Surge daí uma natural interrogação sobre a existência ou não de contradição entre as duas propostas ou se se trata apenas de duas maneiras de classificarmos as pessoas, como se primeiro resolvêssemos classificá-las segundo determinados critérios – formando dois grupos e depois as classificássemos conforme outros critérios e daí formássemos outros dois grupos, diferentes dos primeiros, uma vez que compostos pelas mesmas pessoas agora distribuídas diferentemente.

No entanto, o problema não é tão simples, pois permanece a dúvida quanto às origens das repostas de movimento. Incluí-las no pólo da sensorialidade implica afastá-las do pólo racional. Para Berthelemy (2003, comunicação pessoal), contrariamente ao que H. Rorschach dizia, as repostas de movimento estão sim presentes nas pessoas mais ativas e propensas a agir e concretizar sua vivência no mundo por meio de ações concretas. Isto se opõe claramente a H. Rorschach quando este afirma que, contraditoriamente, os que dão mais repostas de movimento são os que menos se expressam por meio da motricidade (p 82). Como então compreender essa contradição apontada por Rorschach? Sabe-se que o movimento é o único determinante que não está na figura e que ver algo em movimento depende dos processos imaginativos projetados no mundo exterior. Tal fato fez com que tradicionalmente as repostas de movimento fossem consideradas representantes do universo interior, do mundo interno com seus recursos imaginativos. Daí as clássicas interpretações sobre as proporções Movimento e Cor para *erlebenstypus* (tipo de vivência), bem como sobre a proporção W:M, tão tradicional no que se refere às ambições intelectuais e aos

recursos criativos. Contudo, para a Psicopatologia Fenômeno-estrutural, as repostas de movimento estão relacionadas à sensorialidade, dada sua origem na experiência proprioceptiva, e não na racionalidade.

Resta-nos indagar o quanto essa visão é oposta à visão mais amplamente aceita, na qual o movimento está relacionado aos processos cognitivos. Primeiramente, podemos considerar racional como parte do universo cognitivo. Neste caso, pelo fato de o movimento não estar nas figuras que compõem o material do Rorschach, nos colocaria mais à distância da experiência imediata e em relação à experiência já vivida transformada em registros mentais evocáveis durante a percepção que, portanto, não fazem parte da percepção direta, mas são agregados posteriormente ou mesmo simultaneamente por um processo de associação entre a percepção vivida no presente, distante do estímulo apresentado, e os registros do que já passou mas que foram bem mentalizados.

As repostas de movimento possuem então essa dupla subordinação: estando em relação às vivências proprioceptivas podem ser representantes do universo sensorial, mas uma vez que não fazem parte dos elementos imediatos da percepção, identificam-se com os registros mentais, que participam ativamente dos processos cognitivos. A questão é intrigante e complexa, e essa indagação fica no momento sem uma resposta definida, constituindo estímulo e desafio para futuras pesquisas.

Concluindo, no Rorschach clássico estão em jogo, no processo de análise, os elementos da percepção que permitem a discriminação de formas associadas a outros elementos que a elas se agregam, ao passo que na análise fenômeno-estrutural buscam-se os elementos do mundo mental expressos pela linguagem, que refletem a estrutura do pensamento e, em última análise, da mente. Seja pelo caminho da percepção, seja pelo caminho da expressão pela linguagem, o objetivo é apreender o universo mental do indivíduo e sua estrutura, organizações mais ou menos patológicas, de modo a orientar condutas terapêuticas que levem em conta as



capacidades e limitações de cada um. Poder integrar as diversas contribuições originadas dos vários enfoques representa uma possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o indivíduo, otimizando as perspectivas de ajuda.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMPARO, D.M. (2002). *A simbolização na esquizofrenia. Um estudo fenômeno-estrutural com o método de Rorschach*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- BARTHELEMY, J-M (1987) *L'analyse phénoméno-structurale dans l'étude psychologique des alcooliques. L'expérience de la cure et l'apport des poètes*. Toulouse: Erès.
- BARTHELEMY, J-M (1990) La place du Rorschach dans les développements actuels de la psychopathologie phénoméno-structurale. *Techniques Projectives II*. Montpellier: Sillages.
- BARTHELEMY, J-M (1993) *Rorschach et Psychopathologie Phénoméno-structurale dans l'étude de l'alcoolisme*. Trabalho apresentado nas VII Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico e V Jornadas Nacionales del Asociación Argentina de Estudios e Investigación en Psicodiagnóstico, Buenos Aires.
- BARTHELEMY, J-M (1993) Plainte et contrainte répétitive dans le Rorschach d'alcooliques détériorés. *Psychologie médicale*, 22 (8) 694-6.
- BARTHELEMY, J-M e Viala, M-F (1993) *Formes différentieles d'expression dans le Rorschach des Processus organiques déficitaires*. Trabalho apresentado no XVI International Rorschach Congress, Lisboa.
- BARTHELEMY, J-M (1994) Processus, évolution et structure mentale. *Bulletin de Psychologie*. XLVII (416), 474-6.
- BARTHELEMY, J-M (1996) *L'analyse du langage dans le Rorschach selon la méthode Phénoméno-structurale*. Trabalho apresentado no XV International Rorschach Congress, Boston.
- DELAUNAY, P (1977). *Rêve éveillé dirigé et analyse phénoméno-structurale. Prolongements dans l'expérience mescalinienne de Henri Michaux*. Psychopathologie structurale 2. Lille: PUL.
- GANIDEL, G. (1960) – Étude sur le langage de Falubert et de Giraudoux. *Cahiers du Groupe Française Minkowska*. Lille:PUL.
- GUILLAUME, G. (1973) *Principes de linguistique theorique*. Quebec: Les Presses de l'Université Laval.
- HELMAN, Z (1971) *La poussée sensori-motrice*. Bruxelles: Dessart.
- HELMAN, Z (1983) La vision en image dans la courant de la psychopathologie structurale. *Bulletin de Psychologie XXXVI (362)*, 811-9.
- HEMAAN, Z (1984) Délire et vision en image. *Psychopathologie structurale 4*. Toulouse: Erès.
- MARTY, P. (1998) *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ROUSSEAU, J.J. (1990) *Essai sur l'origine de langues*. Paris: Galimard.
- TERNOY, M. (1998) Une caractéristique spécifique de la vision en image chez l'halluciné: détaillage. *Bulletin de Psychologie*, 51 (2) 135-41.
- WAWRZYNIAK, M. (1982) La déstabilization du sentiment de réalité à la adolescence: étude de Rorschach et référence à une oeuvre poétique de Arthur Rimbaud. *Bulletin de Psychologie XXXVI (382)* 887-95.
- YAZIGI, L. (1994) - *A prova de Rorschach, a especialização hemisférica e a epilepsia*. Tese de Livre docência. UNIFESP - Escola Paulsita de Medicina, São Paulo.

Recebido para publicação em 13 de outubro de 2003 e aceito em 18 de dezembro de 2003.



# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

## TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS PELA REVISTA *ESTUDOS DE PSICOLOGIA*.

Os *Estudos da Psicologia* aceitam trabalhos originais referentes à psicologia como ciência e profissão, de acordo com as seguintes categorias:

Relatos de pesquisas, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiências profissionais, comunicações breves, resenhas, informações sobre temas eventos, atividades referentes à psicologia e cartas ao Editor.

### Apreciação pelo Conselho Editorial

Os manuscritos serão aceitos para avaliação, desde que não tenham sido publicados anteriormente e venham acompanhados de uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores do trabalho, solicitando publicação na revista *Estudos de Psicologia*, em que consta a aprovação prévia de autores citados em comunicação pessoal.

As colaborações serão encaminhadas sem o nome do(s) autor(es) a três membros do Conselho Editorial da revista *Estudos de Psicologia*, dentre especialistas na matéria em julgamento. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final para publicação. Consultores ad hoc poderão ser consultados, quando necessário. Os nomes dos autores e os pareceres emitidos serão mantidos em absoluto sigilo. Aos autores será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho. Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão encaminhados aos autores para as devidas correções, devendo ser devolvidos no prazo máximo de um mês. Os originais, mesmo quando não aprovados para publicação, permanecerão de posse da revista *Estudos de Psicologia*.

Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista, de acordo com critérios e normas operacionais da revista.

### Forma de Apresentação dos Manuscritos

*Estudos de Psicologia* adota as normas de publicação da American Psychological Association - APA (4ª edição, 1994). Tais normas poderão ser reconsideradas em condições especiais referentes às especificidades da língua portuguesa, às condições operacionais da revista ou às normas da ABNT. Os manuscritos devem ser redigidos em português. Excepcionalmente, o inglês e o espanhol poderão ser aceitos, a critério do Conselho Editorial.

Os originais devem ser apresentados em 03 (três) vias, datilografadas em espaço duplo, acompanhadas de cópia em disquete 31/2, gravados em editores de texto similares ou superiores ao Word for Windows, em fonte Times New Roman, CGTimes, Ro Prestige, tamanho 12.

O texto deverá ter de 600 a 5000 palavras, ou 12 a 20 laudas. Cada lauda deve ter 40 linhas com 80 caracteres, paginada desde a folha de rosto personalizada, que deverá ser numerada com número 1. A página deverá ser tamanho carta ou A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm).

Cada página impressa corresponde a mais ou menos três páginas do original incluindo as folhas de rosto, tabelas, figuras e referências bibliográficas. A versão reformulada deve ser reencaminhada em

três vias no formato de papel e uma via no formato de disquete. Deve ser encaminhada, também, uma autorização para a publicação dos resumos em inglês e português e do trabalho, na íntegra, para a versão on-line da revista *Estudos de Psicologia*.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deve vir acompanhado de carta assinada pelo autor principal, no qual esteja declarada a intenção dos autores de terem seu trabalho publicado na revista *Estudos de Psicologia*. Para a publicação final, os trabalhos com vários autores devem vir acompanhados de uma carta assinada por todos os autores.

### **Apresentação dos originais**

Os trabalhos devem ser apresentados na seguinte ordem:

#### **Folha de rosto sem identificação dos autores contendo:**

- Título completo em português.
- Sugestões de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 5 palavras.
- Título completo em inglês, compatível com o título em português.

#### **Folha de rosto com identificação dos autores contendo:**

- Título completo em português.
- Sugestão de título abreviado.
- Título completo em inglês.
- Nome de cada autor, seguido por afiliação institucional.
- Indicação do autor para correspondência, seguida de endereço completo, de acordo com as normas do correio. Se disponível, indicar também o endereço eletrônico.
- Indicação de endereço para correspondência com o Editor, para a tramitação do manuscrito, incluindo: fax, telefone e, se disponível, endereço eletrônico.
- Se necessário, indicação de atualização de afiliação institucional.
- Quando pertinente, incluir parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos, origem do trabalho como, por exemplo, se foi anteriormente apresentado em evento, derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores.

#### **Folha à parte contendo Resumo, em português.**

O resumo deve conter o máximo de 150 palavras, ou seja, cinco a dez linhas. Alguns tipos de colaboração dispensam resumo. Ao resumo devem seguir-se 3 a 5 palavras-chave para fins de indexação do trabalho. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões.

#### **Folha à parte contendo Abstract, em inglês.**

O Abstract deve ser compatível com o texto do resumo. Deve seguir as mesmas especificações do resumo, acompanhado de key words, compatíveis com as palavras-chave.

### **Trabalhos na íntegra**

O texto de todo trabalho original submetido à publicação deve ter uma organização clara, usando títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa o texto deverá, obrigatoriamente,

apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão. Nota de rodapé só é permitida na primeira lauda, para notificar auxílios recebidos, apresentação em eventos e atribuição de créditos.

Tabelas, quadros, figuras e fotografias somente deverão ser incluídos no corpo do trabalho se forem essenciais à compreensão do texto; recomenda-se o máximo de contenção neste sentido. Além disso, devem vir acompanhados de título que traduzam essencialmente o que está contido neles. Como regra, estes devem vir em folha à parte e os locais sugeridos para inclusão de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto, por meio de expressões como, por ex., "Inserir Fig. 1 aqui". Tabelas, quadros, figuras e fotografias de outros autores só poderão ser reproduzidos se acompanhados da indicação da fonte de referência e com cópia da devida autorização, anexada aos originais.

As citações bibliográficas deverão ser feitas de acordo com as normas da APA. No caso de transcrição na íntegra de um texto, esta deve ser delimitada por aspas, seguida do número da página citada.

### **Referências Bibliográficas**

As referências devem ser indicadas em ordem alfabética do último sobrenome do autor principal. Trabalhos de autoria única ou do mesmo autor devem ser ordenados por ano de publicação, vindo em primeiro lugar a mais antiga. Trabalhos com um único autor vêm antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, devem guardar a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores. Trabalhos com os mesmos autores devem ser ordenados por data; vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo título em ordem alfabética. A formatação das referências deve facilitar a tarefa de revisão e de editoração - além de espaço duplo e tamanho de fonte 12, o parágrafo deve ser normal, com recuo apenas na primeira linha, sem deslocamento das margens. Os grifos devem ser indicados por fonte em itálico.

No corpo da colaboração, as indicações devem ser feitas por meio dos sobrenomes dos autores e do ano de publicação constante nas referências.

### **Anexos**

Anexos só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão do texto.

### **Tabelas, figuras e fotografias**

Devem incluir título e notas, uma por página, em papel, e uma por arquivo de computador. Na publicação impressa, a tabela não pode exceder 18cm de largura x 24 cm de comprimento. Sua largura deve se limitar-se a 60 caracteres, para tabelas simples. Em tabelas mais complexas devem-se incluir 3 caracteres de espaço entre colunas da tabela, e limitar a 125 caracteres. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

### **Direitos Autorais da Revista *Estudos de Psicologia***

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à Revista *Estudos de Psicologia*. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor. O autor principal de cada artigo receberá dez separatas de seu artigo.

### **Reprodução parcial de outras publicações**

Os artigos submetidos à publicação devem evitar citações muito grandes extraídas de publicações de outros autores. Recomenda-se evitar a reprodução de tabelas, quadros ou desenhos. Quando isto acontecer, estes devem vir acompanhados de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

# REVISTA ESTUDOS DE PSICOLOGIA

---

## Endereço para encaminhamento de originais, correspondência e solicitação da revista

Os manuscritos, bem como toda a correspondência necessária, deverão ser encaminhados para:

Editor

Revista Estudos de Psicologia

**CAMPUS II - AV. JOHN BOYD DUNLOP S/N - JARDIM IPAUSSURAMA**

**Campinas / SP - CEP 13059-900**

Telefone: (0xx19) 3729-8674 - Fax (0xx19) 3729-8532

E-mail: revista@puc-campinas.edu.br

Home Page: [www.puc-campinas.edu.br/ccv](http://www.puc-campinas.edu.br/ccv)

CNPJ 46 020 301/0001-88

## ASSINATURA

### ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ End. Internet \_\_\_\_\_

Indique com X a sua escolha:

Assinatura anual - R\$ 50,00

Número avulso - R\$ 12,00

Se você deseja assinar a revista Estudos de Psicologia, preencha esta ficha, efetue o depósito bancário na conta **Banco Itaú S/A - Ag 0009 c/c 49371-9**, Nominal à Sociedade Campineira de Educação e Instrução. Em seguida envie a ficha preenchida e o recibo do depósito para o endereço acima.

---

# PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

## **Grão-Chanceler**

Dom Gilberto Pereira Lopes

## **Reitor**

Prof. Pe. José Benedito de Almeida David

## **Vice-Reitor**

Prof. Pe. Wilson Denadai

## **Pró-Reitor de Graduação**

Prof. Marco Antonio Carnio

## **Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação**

Profa. Dra. Vera Sílvia Marão Beraquet

## **Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários**

Profa. Dra. Carmem Cecília de Campos Lavras

## **Pró-Reitor de Administração**

Prof. Antonio Sergio Cella

## **FACULDADE DE PSICOLOGIA**

### **Diretor**

Prof. Dr. Nilton Júlio de Faria

