

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Tese de Doutorado

Teste dos Contos de Fadas: estudos de evidência de validade

Vivian Roxo Borges

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang

Co-orientação: Prof^o Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

Porto Alegre, fevereiro de 2011.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

Teste dos Contos de Fadas: estudos de evidência de validade

Vivian Roxo Borges

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Co-orientação: Prof^o Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

Porto Alegre, fevereiro de 2011.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Teste dos Contos de Fadas: estudos de evidência de validade

Vivian Roxo Borges

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang

Co-orientação: Prof^o Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

Porto Alegre, fevereiro de 2011.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

VIVIAN ROXO BORGES

Teste dos Contos de Fadas: estudos de evidência de validade

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Presidente

Prof^a. Dr^a. Silvia Pereira da Cruz Benetti
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof^a. Dr^a. Clarissa Marcelli Trentini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Caroline Tozzi Reppold
Universidade Federal de Ciências da Saúde

Prof^a. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, fevereiro de 2011.

Para Felipe, meu amor, por tudo o que vivemos e compartilhamos. Para meus pais e meu irmão, por todo o carinho e incentivo de sempre.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang, por todos estes anos de trabalho e convivência. Sua competência e seu olhar sempre atento e cuidadoso foram a marca deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que gostaria de agradecer que fizeram parte desta importante trajetória profissional. Os familiares, amigos, colegas de grupo de pesquisa, de profissão, colegas de trabalho e instituições que abriram suas portas para me receber. Cada um contribuindo de alguma forma especial para a construção desta Tese.

A meu marido, Felipe, por sempre me incentivar e acreditar que eu ia conseguir chegar até aqui, tanto nos momentos bons como em meio às dificuldades da vida, que se apresentaram nestes quatro anos de doutorado. Muito obrigada por sempre compartilhar comigo e vibrar com as minhas conquistas.

A meus pais, Maria Helena e Ademir, por toda a formação que me deram e por sempre me incentivarem a crescer e buscar aquilo que acredito. Vocês sempre vibraram e se orgulharam das minhas conquistas. Obrigada pelo apoio incondicional e pelo cuidado.

A meu irmão Fernando, pela amizade e pelo cuidado constante que sempre teve comigo. Obrigada Nando!

Ao Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes, meu co-orientador, que mesmo por pouco tempo, contribuiu enormemente para a concretização dos estudos de validade do Teste dos Contos de Fadas.

Aos meus colegas de equipe do Grupo Hospitalar Conceição, os Gestores do Cuidado, Rita Mello de Mello, Marta Orofino e Alexandre Annes Henriques, por sempre me darem força e lidarem com as adversidades do trabalho quando não pude estar junto. Admiro muito vocês e obrigada pela parceria e afeto.

A minha amiga Liza Fensterseifer, que mesmo de longe, contribui de forma muito significativa para as minhas conquistas. Obrigada por toda ajuda, por toda a tua competência e dedicação. Admiro-te muito!

Aos colegas professores da PUCRS, Adolfo Pizzinato, Daniela Forgiarini Pereira, Luciana Balestrim Redivo e Samantha Dubugras Sá. Obrigada pelo afeto, pelo incentivo e por compartilharem cada momento desta construção comigo.

A Ana Maria Pereira e sua equipe da Direção da Faculdade de Psicologia da PUCRS, por me apoiarem nesta importante etapa da minha trajetória profissional. Este tempo em que estive de licença da Faculdade me possibilitou concluir esta Tese e voltar trazendo novas contribuições para a formação em Psicologia.

A Vera Pasini e meus colegas “compositores” conselheiros do CRP07, que me incentivaram e me apoiaram mesmo nos momentos em que estive afastada. Sei o quanto

temos de trabalho pela frente e concluindo esta etapa volto a pensar e contribuir com este importante trabalho que realizamos para fortalecer a profissão.

A Gabriela Quadros de Lima e Mariana Esteves Paranhos, obrigada pela oportunidade de compartilhar com vocês os importantes momentos desta construção. Obrigada pelas trocas, pelo carinho e pela atenção que sempre tiveram comigo.

A Francine Bossardi, Katherine Flach e Laura Tomasini Potrich, “as fadinhas”, que foram incansáveis e muito competentes na construção de todo este trabalho. Vocês estão representadas em cada uma das linhas desta tese. Muito obrigada!

As colegas Andréia Schneider, Flávia Bomtempo, Maria Luiza Pacheco, Roberta Louzada Salvatori e Virgínia Wassermann e aos bolsistas ou auxiliares de iniciação científica Ana Lúcia Figueredo, Bruna Pormann, Felipe Bello Dias, Luisa Buhr e Mateus Luz Levandowski, do grupo de pesquisa, que ao longo destes quatro anos, participaram, de alguma forma, da execução deste trabalho.

As colegas Mônica Medeiros Kother Macedo, Adriana Silveira Gobbi e Renata de Rezende Lovera por auxiliarem com toda a sua competência e dedicação no trabalho de categorização do Teste dos Contos de Fadas.

Aos colegas, bolsistas e auxiliares de pesquisa do grupo da Prof^a. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo, Sander Machado, Lísia Refosco, Laura Tomasi e Erika Junchen, por auxiliarem na realização deste trabalho e pela seriedade com que sempre trabalharam.

As instituições escolares, de saúde e de proteção infantil que, através de seus profissionais, viabilizaram a realização deste trabalho sempre de forma acolhedora.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, que através da Coordenação de Saúde Mental (Dr. Carlos Augusto Pacheco), da Gerência de Internação (Dr. Paulo Ricardo Bobek) e da Gerência de Ensino e Pesquisa (Dr^a. Lisiane Boer Possa) possibilitaram a liberação de parte de minha carga horária para que eu me dedicasse a finalização desta tese de doutorado.

A todos que estiveram comigo nesta trajetória, muito obrigada!

RESUMO

O teste projetivo Teste dos Contos de Fadas/TCF, objetiva avaliar aspectos dinâmicos da personalidade de crianças com idades entre 6 e 11 anos. É constituído por 21 desenhos de personagens e cenas dos contos do Chapeuzinho Vermelho, da Branca de Neve e do João e o Pé de Feijão, agrupados em sete séries, com três desenhos cada. A proposta não é que a criança conte as histórias, mas que responda a algumas questões relacionadas a estes personagens e cenas. Considerando a importância da adaptação de instrumentos psicológicos para a realidade em que são utilizados, este estudo teve como principal objetivo criar subsídios para a adaptação e uso do TCF à realidade brasileira, principalmente no que se refere aos seus estudos de validade. Para isso, a presente Tese de doutorado foi organizada em quatro seções. A primeira discute teoricamente os testes projetivos como reveladores de material dinâmico, normal ou patológico, destacando a principal finalidade deles que é a de avaliar características da personalidade do sujeito, dando particular atenção ao uso dos mesmos nos processos de avaliação psicológica de crianças. A segunda seção traz uma contextualização do TCF, descrevendo sua configuração, forma de administração e proposta de avaliação. A terceira e a quarta seções apresentam os estudos de validade do TCF. Para a realização destes dois estudos foi realizada uma pesquisa quantitativa, envolvendo 315 crianças da população geral (grupo não clínico) e 167 crianças de grupos clínicos (30 crianças com Diabetes Mellitus, 28 com Transtorno Depressivo, 23 com Transtorno de Conduta, 31 com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 23 com Transtorno de Aprendizagem e 32 crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar). Os instrumentos utilizados foram uma Ficha de Dados Sociodemográficos; o Teste Matrizes Progressivas de Raven – escala especial, para medida de *screening* da capacidade cognitiva dos sujeitos; o CBCL, para a avaliação dos grupos diagnósticos psicopatológicos; e o TCF. Para a coleta dos dados contataram-se escolas públicas e privadas de Porto Alegre (para o grupo não clínico), bem como instituições de saúde e de proteção infantil (para os grupos clínicos). Antes da administração dos instrumentos todos os pais e/ou responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A terceira seção da Tese apresenta o estudo de evidência de validade com base na estrutura interna das variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do instrumento, por meio da análise fatorial das respostas de todas as crianças do estudo. Como resultado, obteve-se uma solução fatorial com sete fatores que foram avaliados e interpretados de acordo com a proposta do teste. Estes resultados foram satisfatórios e indicaram que o TCF apresenta validade, do ponto de vista psicométrico, de sua estrutura interna. A quarta seção, por sua vez, apresenta um estudo de evidência de validade de critério. Como resultado também se verificou a comprovação psicométrica do TCF como um instrumento válido na diferenciação dos diferentes grupos-critério avaliados. Os resultados desta Tese colaboram com a adaptação do TCF à realidade brasileira, uma vez que, de posse de dois estudos que demonstram evidência de validade (estrutura interna e critério), foi possível chegar a dados satisfatórios, dando um importante passo no processo de qualificação das propriedades psicométricas deste instrumento. Desta forma, o TCF se apresenta como um instrumento projetivo válido para ser usado na prática em Psicologia, tanto em pesquisas quanto para a avaliação clínica infantil.

Palavras-chave: Teste dos Contos de Fadas/TCF; Teste Projetivo Infantil; Evidências de Validade; Propriedades Psicométricas.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Sub-área conforme classificação CNPq: 7.07.01.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia)

ABSTRACT

The projective Fairy Tales Test (FTT) aims at assessing personality dynamic aspects of children aged 6 to 11 years. It includes 21 drawings of characters and scenes of Little Red Ridinghood, Snow White, and Jack and the Beanstalk fairy tales grouped in seven series with three drawings each. The child is encouraged not to tell the stories, but to answer some questions related to their characters and scenes. Considering the importance of adapting these psychological instruments to the reality where they are used, the main objective of this study was creating subsidies for the adaptation and use of FTT within the Brazilian reality, especially focusing their validation studies. This Doctoral dissertation was then organized in four sections. The first one discusses the theoretical grounds of projective tests as revealers of normal or pathological dynamic material, outstanding their main goal, which is assessing the individual's personality characteristics, and particularly focusing their use in children's psychological assessment processes. The second section approaches FTT contextualization, describing its configuration, administration way, and evaluation proposal. The third and fourth sections present the FTT validation studies. For these two studies, a quantitative research was developed with 315 children from general population (non-clinical group) and 167 children from clinical groups (30 children affected by Diabetes Mellitus, 28 by Depressive disorder, 23 by Behavior disorders, 31 by Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 23 by learning disorders and 32 victims of intra-family molestation). The instruments used were a socio-demographic datasheet; the Raven Progressive Matrix Test - Special Scale, to measure the individuals' cognitive capacity *screening*; the CBCL (Children and Adolescents' Behavior Checking List), to assess psycho-pathological diagnostic groups; and the FTT. Public and private schools (non-clinical group), and healthcare and children's protection institutions (for the clinical groups) at Porto Alegre (Brazil) were contacted to collect the data. Before administering the instruments, all the children's parents and/or caretakers have signed the Informed Consent Form. The dissertation third section presents the validation evidence study based upon the internal structure of the instrument Answers Categorization System variables, by means of the factorial analysis of the answers of all the children in the study. The result was a factorial solution with seven factors, which were evaluated and interpreted according to the test proposal. The results were satisfactory and have shown that the FTT has internal structure validity from the psychometric point of view. In turn, the fourth section presents an evidence study of the criterion validity. It was also verified that the FTT is a psychometrically valid instrument to differentiate the assessed groups-criterion. The findings of this Dissertation contribute to the adaptation of the FTT to the Brazilian reality, as both validity evidence studies (internal structure and criterion) brought satisfactory results, representing an important step in the qualification process of the instrument psychometric properties. Thus, the Fairy Tales Test/FTT is a valid projective instrument, which can be used in Psychology practices, both in research and children clinical assessment.

Keywords: Fairy Tales Test/FTT; Children Projective Test; Validity evidences, psychometric properties.

CNPq classification area: 7.07.00.00-1 (Psychology)

CNPq classification subarea: 7.07.01.00-8 (Psychology bases and measures)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	13
LISTA DE FIGURAS.....	15
LISTA DE QUADROS.....	16
LISTA DE SIGLAS.....	17
INTRODUÇÃO.....	19
Referências Bibliográficas.....	39
SEÇÃO I – Instrumentos de avaliação psicológica infantil sob o enfoque projetivo.....	41
Introdução.....	41
O conceito de projeção.....	44
Os testes projetivos.....	47
Os testes projetivos para crianças.....	49
Para finalizar.....	53
Referências Bibliográficas.....	53
SEÇÃO II – Teste dos Contos de Fadas – TCF.....	56
Introdução.....	56
Descrição do Teste dos Contos de Fadas.....	58
O que o Teste dos Contos de Fadas avalia?.....	61
O Teste dos Contos de Fadas no Brasil.....	64
Referências Bibliográficas.....	64
SEÇÃO III – Estudo de evidência de validade com base na estrutura interna do Teste dos Contos de Fadas.....	66
Introdução.....	66
Método.....	70
Amostra.....	70
Instrumentos.....	70
Procedimentos para a coleta de dados.....	72
Procedimentos para a análise de dados.....	73
Resultados e Discussão.....	74
Características Sócio-demográficas.....	74
Evidência de validade com base na estrutura interna do teste por meio da análise fatorial.....	76

Considerações Finais.	80
Referências Bibliográficas.	81
SEÇÃO IV – Estudo de evidência de validade de critério do Teste dos Contos de Fadas..	83
Introdução.	83
Método.	87
Amostra.	87
Instrumentos.	88
Procedimentos para a coleta de dados.....	89
Procedimentos para a análise de dados.	91
Resultados e Discussão.	92
Características Sócio-demográficas.	92
Evidência de validade com base na estrutura interna do teste por meio da análise fatorial.	94
Considerações Finais.	102
Referências Bibliográficas.	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	105
ANEXOS. 108	
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS...	109
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO/GHC.	110
ANEXO C – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA FACULDADE DE PSICOLOGIA DA PUCRS.....	111
ANEXO D – APROVAÇÃO NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO.	112
ANEXO E – PARECER DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO.	113
ANEXO F – FICHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.	114
ANEXO G – CARTA AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS (ESTUDANTES).....	116
ANEXO H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDANTES).....	117
ANEXO I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO.	118
ANEXO J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES).....	119
ANEXO K – TERMO DE ASSENTIMENTO (PACIENTES).	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme gênero e idade (n=315).....	27
Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme ano escolar atual frequentado (n=315).	28
Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (n =315).	28
Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme as pessoas com quem a criança reside (n=315).	28
Tabela 5. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme classe econômica (n=315).	29
Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme gênero e idade (n=167).	29
Tabela 7. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme ano escolar atual frequentado (n=167).....	31
Tabela 8. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (n =167).	32
Tabela 9. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme as pessoas com que a criança reside (n=167).....	33
Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme classe econômica (n=167).	34
Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes do grupo clínico-psiquiátrico conforme indicadores de comorbidade (n=135).	36
Tabela 12. Sumário do resultado da medida de concordância entre juízes em cada uma das 30 variáveis dos 5 componentes da personalidade do TCF (n=315).	37
Tabela 13. Matriz de cargas fatoriais da análise das respostas (N=482).	77
Tabela 14. Resultados das médias, desvios padrão e análise de variância (ANOVA) comparando os subgrupos amostrais em relação aos 7 fatores (N=482).	94
Tabela 15. Comparação das diferenças das médias entre todos os subgrupos amostrais em relação aos 7 fatores (N=482).	95

Tabela 16. Comparação das diferenças das médias entre todos os subgrupos amostrais em relação ao efeito conjunto dos 7 fatores (N=482)	97
Tabela 17. Resultados da Regressão Logística.....	101
Tabela 18. Tabela de Classificação do Modelo Testado.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comparação das diferenças das médias entre todos os subgrupos amostrais em relação ao efeito conjunto de todos os 7 fatores (N=482).	98
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Composição da série de cartões do Teste Contos de Fadas, na ordem de apresentação, quando da administração do instrumento.....	58
Quadro 2. Perguntas realizadas nas sete séries de cartões do Teste Contos de Fadas, quando da administração do instrumento.....	60
Quadro 3. Temas e Conflitos eliciados na Série de Cartões do Teste Contos de Fadas.....	61
Quadro 4. Configuração das Variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do Teste dos Contos de Fadas/TCF, conforme os 5 Componentes da Personalidade.	62
Quadro 5. Configuração dos Mecanismos de Defesa incluídos, neste estudo, no Sistema de Categorização de Respostas do Teste dos Contos de Fadas/TCF para análise quantitativa.....	74

LISTA DE SIGLAS

ACCF – Adaptação do Conteúdo do Conto
AE – Autoestima
AERA – *American Educational Research Association*
AgrCiu – Agressão por ciúme
AgrDef – Agressão como defesa
AgrDom – Agressão como dominância
AgrImp – Agressão impulsiva
AgrIns – Agressão por insegurança
AgrInv – Agressão por inveja
AgrRet – Agressão como retaliação
AMB – Ambivalência
Ans – Ansiedade
AO – Agressão oral
APA – *American Psychological Association*
B – Respostas bizarras
CAT-A – *Child Apperception Test* – Animal
CAT-H – *Child Apperception Test* – Humano
CBCL – *Child Behavior Checklist*
CFP – Conselho Federal de Psicologia
D – Depressão
DA – Desejo de ajudar
DCM – Desejo por coisas materiais
DP – Desvio padrão
Dsup – Desejo de superioridade
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
HTP – *House-Tree-Person*
MA – Medo de agressão
MAPS – Teste de Montagem de Cenas
Mor – Moralidade
Nafil – Necessidade de afiliação
Naft – Necessidade de afeto
Napr – Necessidade de aprovação

NCME – *National Council on Measurement in Education*

NO – Necessidades orais

NPro – Necessidade de proteção

PSEX – Preocupação sexual

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Rel/Mãe – Relação com a mãe

Rel/Pai – Relação com o pai

Rep – Repetição

SATEPSI – Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos

SPriv – Senso de privacidade

SPro – Senso de propriedade

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TAT – Teste de Apercepção Temática

TCF – Teste dos Contos de Fadas

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A presente Tese de Doutorado intitulada “Teste dos Contos de Fadas: estudos de evidência de validade” foi produzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, e vincula-se a um projeto maior que está sendo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção do Funcionamento Psicológico Adaptado e Não Adaptado”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang e, também, conta com a colaboração do Grupo de Pesquisa “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo. O projeto maior tem como principal objetivo criar subsídios para a adaptação brasileira do Teste dos Contos de Fadas/TCF, em inglês, *The Fairy Tale Test*, com o intuito de se ter um instrumento confiável para a identificação de aspectos dinâmicos da personalidade infantil. O grupo de pesquisa da Dr^a. Blanca trabalha também com dois projetos guarda-chuva, e esta tese está inserida especificamente no projeto denominado “Desenvolvimento e Adaptação de Instrumentos de Avaliação e Intervenção Clínica”.

Após contextualizar a tese em relação a sua inserção no Programa de Pós-Graduação, a apresentação segue no sentido de se fazer uma reflexão em relação ao cerne do estudo proposto aqui. Neste sentido, cabe a pergunta: é possível trabalhar com estudos de evidência de validade em testes projetivos? E ainda, o Teste dos Contos de Fadas apresenta evidências de validade? Estas são questões que ao longo do desenvolvimento desta tese serão problematizadas e respondidas. Poder-se-á observar durante este percurso a conversa constante, teórica e prática, entre os aspectos nomotéticos e idiográficos envolvidos neste contexto.

A partir disso, sabe-se que para se operacionalizar um processo de avaliação psicológica é necessário identificar e interpretar informações psicológicas, resultantes de um conjunto de procedimentos confiáveis, que possibilitem a realização, por parte do psicólogo, de julgamentos adequados sobre o funcionamento psíquico de determinado sujeito. O processo de avaliação psicológica é uma atividade complexa, que envolve estratégias e instrumentos psicológicos (privativos do psicólogo, Lei n.º 4.119 de 27/08/1962) muito especializados, que devem ser muito bem conhecidos e selecionados, conforme sua qualidade técnica e a necessidade de cada caso.

Os instrumentos de avaliação, ou testes psicológicos, procuram obter, num mínimo de tempo, o máximo de informações sobre o sujeito. Estes instrumentos são processos de

medida de diferenças e semelhanças entre indivíduos (Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010). Um teste, assim, é um procedimento sistemático para observar, compreender e descrever o comportamento individual. Mas para que um instrumento psicológico possa ser utilizado com segurança é preciso garantir sua legitimidade e cientificidade. Neste sentido, os testes psicológicos devem apresentar características de precisão e validade (propriedades psicométricas), que justifiquem o fato de se ter confiança nos dados que produzem, sendo necessária a adaptação dos mesmos para a realidade na qual serão administrados e avaliados (DeMers *et al.*, 2000; Pasquali, 2003; Urbina, 2007). Além disso, eles devem ser padronizados e normatizados e, para se atender a estes requisitos, é necessária a existência de uniformidade tanto para a aplicação do instrumento como nos critérios para a interpretação dos resultados produzidos pelo mesmo. Em relação às qualidades psicométricas, a precisão ou fidedignidade diz respeito à coerência sistemática do teste, e a validade, por sua vez, reflete se o teste mede realmente o que pretende medir, através de uma legítima representação do construto psicológico a ser avaliado.

Para garantir a qualidade dos testes psicológicos, estudiosos internacionais e nacionais têm investido na cientificidade desse instrumental, empreendendo estudos que visam definir as propriedades psicométricas dos mesmos. O Brasil conta hoje, com resoluções específicas do Conselho Federal de Psicologia/CFP, com o intuito de implantar e fiscalizar a presença dos requisitos mínimos e obrigatórios a todos os instrumentos de avaliação psicológica, para que estes possam ser editados, comercializados e utilizados em nosso país. Através da Resolução nº. 002/2003 (CFP, 2003), o CFP determinou quais seriam estes requisitos obrigatórios: 1) especificação do constructo que o instrumento em questão pretende avaliar; 2) caracterização fundamentada na literatura da área; 3) evidências empíricas de validade, de fidedignidade e das propriedades psicométricas dos itens e 4) apresentação do sistema de correção e interpretação que compõe o teste. Além disso, esta resolução do CFP instaurou uma equipe permanente de profissionais especialistas na área, a Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica, que avalia e aprova todos os instrumentos que hoje são comercializados no país. É certo que estas definições por parte do CFP geraram polêmicas e dificuldades em um primeiro momento, ainda no ano de 2001 quando foram propostas, mas hoje não se têm dúvidas sobre sua importância, e mais, sobre sua necessidade. Entretanto, a tarefa, inclusive da própria comissão consultiva, se complica, pois existem tipos diferentes de instrumentos psicológicos, que exigem um tratamento diferenciado e específico. É justamente desta

idéia que partem, conforme mencionado anteriormente, muitas das discussões envolvendo a cientificidade de testes psicométricos de um lado, e de projetivos, de outro. Para que seja possível ampliar a compreensão destes embates, seguem alguns apontamentos importantes sobre estes dois tipos de instrumentos.

Pode-se dizer que existem dois grandes grupos de instrumentos psicológicos, classificados de acordo com sua objetividade e padronização: os testes psicométricos (baseados em critérios mais objetivos para quantificar um determinado construto, com respostas corretas ou incorretas, demonstrando ou não a adaptação do sujeito a padrões estabelecidos) e os testes projetivos (baseados em critérios dinâmicos, globais e não observáveis para analisar e/ou caracterizar um determinado construto). Ambos têm seu papel e lugar definidos em um processo de avaliação, mas no que tange à investigação de suas qualidades psicométricas, é sabido que os testes projetivos enfrentam maiores dificuldades para atingir os requisitos exigidos. Então, a questão não se resolve simplesmente transpondo os norteadores da psicometria tradicional a este tipo de instrumento. É necessário ter muita cautela e se embasar cientificamente para aplicar conceitos e fundamentos da teoria psicométrica aos testes projetivos. A insistência e a manutenção de investimentos nesta área sustentam-se pela importância das técnicas projetivas em processos de avaliação psicológica, o que faz com que muitos autores ainda defendam que as mesmas estão longe de serem extintas, pois representam um acesso de extrema importância à dinâmica interna do sujeito, dado valioso para a sua compreensão (Lowenstein, 1987; Alves, 2004; Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006; Villemor-Amaral & Werlang, 2008; Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010).

É neste cenário que o conceito de validade torna-se uma peça fundamental para a construção e adaptação de instrumentos para a realidade em que vivemos. O conceito e os estudos de validade vêm sofrendo alterações importantes ao longo dos anos, decorrentes justamente da necessidade de se trabalhar de uma forma mais qualificada com os instrumentos que se pretende ter disponíveis no mercado para uso dos psicólogos.

Discutindo-se primeiramente o conceito de precisão, também conhecido como fidedignidade ou confiabilidade, salienta-se que ele representa a certeza de que os escores produzidos pelos testes são confiáveis, pelo menos em alguma medida. Isso significa dizer que o resultado encontrado, através do instrumento, é consistente e preciso, expressando algo que se aproxime do escore verdadeiro do sujeito em um traço qualquer, livre de erros (até onde isso é possível em uma área como a Psicologia). Medir sem erros, portanto, significa que o mesmo teste ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos, em

ocasiões diferentes, produzem resultados idênticos ou bastante próximos (Pasquali, 2003). Sendo assim, a precisão é a qualidade dos escores de um teste, que sugere que eles são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração para serem úteis, ou seja, o quanto estes escores são imunes às flutuações geradas por questões incontroláveis, que podem interferir em sua mensuração (Urbina, 2007; Muniz, Machado, Villemor-Amaral & Primi, 2009). Vale lembrar, ainda, que a precisão dos escores deve ser uma consideração perene na testagem e na avaliação psicológica, uma vez que sempre existe a possibilidade de que erros de várias fontes influenciem os resultados, até porque a precisão é uma qualidade dos escores obtidos em um teste, e não do teste em si (Urbina, 2007).

Apesar da importância e relevância das investigações vinculadas à precisão dos instrumentos, o conceito-chave em psicometria é o da validade, que ganha destaque, pois se refere ao que o teste mede, e o quão bem ele faz isso. Logo, a validade vincula-se mais diretamente aos escores dos testes e aos seus usos correspondentes e, por isso, ela depende das evidências que se pode reunir para corroborar qualquer inferência feita sobre uma pessoa, a partir dos resultados obtidos com determinado teste (Balbinotti, 2005; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Villemor-Amaral, 2009). Daí é que vem a idéia de que a garantia de cientificidade dos instrumentos psicológicos deve ancorar-se em pesquisas empíricas sobre a validade, com a aplicação de métodos científicos adequados (Boorsboom, Mellenbergh & van Heerden, 2004; Primi, Muniz & Nunes, 2009; Nunes & Primi, 2010). Primi, Muniz e Nunes (2009) destacam que, se um instrumento não possui validade não é possível saber se as suas respostas indicam efetivamente as características da pessoa, lembrando que instrumentos baseiam-se na teoria do traço latente, que entende que os construtos psicológicos só são passíveis de investigação através dos comportamentos que os representam. Sendo assim, a validade verifica se determinado construto psicológico está adequadamente representado, numa porção de itens ou questões, que constituem um teste. Em função desta premissa teórica fundamental, fica evidente que sem estudos de validade, não há segurança de que as interpretações sobre as características psicológicas dos sujeitos, sugeridas por suas respostas na testagem, sejam legítimas e representantes adequados do traço que o teste pretende medir. Nessa situação, não se tem certeza sobre o que o instrumento psicológico efetivamente avalia e, portanto, o seu emprego na prática profissional pode ficar impedido, tanto ética quanto tecnicamente.

A partir de vários avanços e recuos sobre o conceito de validade ao longo da história da avaliação psicológica, hoje, com base na última revisão dos *Standards da American Educational Research Association/AERA*, da *American Psychological Association/APA* e do

National Council on Measurement in Education/NCME, de 1999, a validade foi definida como o grau em que as evidências empíricas e a teoria sustentam as interpretações dos escores dos testes, vinculados aos usos propostos (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999). Assim, o processo de validação é cumulativo, agregando um conjunto de evidências científicas que asseguram as interpretações dos escores do teste e a relevância e utilidade de seu uso, em contextos específicos, enfatizando-se a idéia de que não se valida o teste em si, mas as interpretações propostas por ele e as aplicações práticas a que se propõe (Primi, Muniz & Nunes, 2009). Desta forma, hoje se trabalha com cinco diferentes fontes de evidência de validade. A primeira delas é a evidência com base no conteúdo, que levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste, investigando se estes consistem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o instrumento. A segunda é a evidência com base no processo de resposta, que parte do levantamento de dados sobre os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste. Refere-se à análise teórico-empírica das relações entre os processos mentais ligados ao construto que se pretende avaliar, e as respostas aos itens do instrumento, ou seja, trata das propostas explicativas dos processos mentais subjacentes às respostas aos itens e à coerência entre as explicações produzidas e os dados empíricos. A terceira é a evidência com base na estrutura interna do teste, baseada nas correlações entre itens que avaliam o mesmo construto e entre subtestes que avaliam construtos similares. A quarta fonte diz respeito às evidências com base na relação do instrumento com variáveis externas, tratando dos padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis que medem o mesmo construto ou construtos relacionados (convergência), e com variáveis que medem construtos diferentes (divergência). Esta fonte de evidência também oferece dados sobre a capacidade do teste de predizer outros fatos ou fatores que se associam ao uso que se fará do teste. E, finalmente, a quinta fonte é a evidência baseada nas conseqüências sociais intencionais e não intencionais da testagem e do teste, de forma a verificar se o mesmo está surtindo os efeitos desejados, de acordo com o propósito para o qual foi construído (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Nunes, 2009; Primi & Nunes, 2010).

São vários os métodos utilizados para definir a validade de um instrumento. Os diferentes tipos de estudo desta propriedade são desenvolvidos levando-se em conta os propósitos e os contextos nos quais se pretende usar o instrumento. Neste sentido, Primi,

Muniz e Villemor-Amaral (2009) afirmam que “o tipo de evidência de validade a ser estudada, deve ser planejada considerando-se, simultaneamente, as interpretações (características psicológicas) que se supõe serem reveladas pelas respostas observadas e os usos atrelados aos contextos específicos em que se pretende aplicar o instrumento” (p. 117).

No que se refere à prática em Psicologia, que envolve o uso de instrumentos de avaliação psicológica, os estudos de validade indicam se o teste realmente avalia o que se propõe a avaliar, e garantem a legitimidade das interpretações e das inferências que se possa vir a fazer sobre determinadas características psicológicas do sujeito avaliado. Se por um lado a busca pela qualificação dos parâmetros de validade e precisão de testes ditos psicométricos é mais objetiva e estruturada, contando com métodos perfeitamente aplicáveis a este tipo de instrumento, por outro, quando se trabalha com testes projetivos, esta tarefa torna-se um desafio. Muitas estratégias previstas para a investigação de qualidades psicométricas de instrumentos psicológicos não são plenamente adequadas para as técnicas projetivas, fato que tem sido motivo de celeuma entre pesquisadores e profissionais da área. Em função disso, e do pouco investimento em métodos que se apliquem a estes instrumentos, baseados em preceitos epistemológicos bastante diferentes dos testes psicométricos, atualmente existem correntes de profissionais da área de avaliação psicológica que acreditam e até decretam a “morte” dos testes projetivos, e outros que defendem seu *status* científico e empreendem estudos que tentam garanti-los. Esta discussão reforça e torna cada vez mais evidente a necessidade de se trabalhar com a qualificação dos instrumentos de avaliação psicológica, desenvolvendo novos métodos e problematizando seus resultados, sendo eles psicométricos ou projetivos.

É nesta perspectiva que esta tese procurou contribuir com os estudos de evidência de validade de um teste projetivo infantil, o Teste dos Contos de Fadas/TCF, para que possa ser usado por psicólogos que desejam conhecer e compreender o funcionamento de alguns aspectos dinâmicos da personalidade de crianças, com base na teoria psicanalítica. Os estudos de validade aqui mencionados, a partir do propósito do teste, referem-se à validade com base na estrutura interna do TCF e a validade com base na relação com variáveis externas (validade de critério).

Para o desenvolvimento desta tese, o projeto maior, mencionado anteriormente, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS (ver Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição/GHC (ver Anexo

B). O projeto de pesquisa desta tese passou, também, pela avaliação e aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS (ver Anexo C). Obtidas essas aprovações foram feitos contatos com instituições escolares públicas e privadas de Porto Alegre que possuíssem crianças com idades entre 6 e 11 anos, para a operacionalização do estudo envolvendo a população geral (não clínica). Ainda, foram realizados contatos com instituições de saúde e de proteção infantil, para se ter acesso as crianças que compuseram o grupo clínico-psiquiátrico (Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno de Aprendizagem), médico-clínico (Diabetes Mellitus) e de crianças vítimas de violência sexual intrafamiliar. A conduta adotada sempre foi a de obter as devidas autorizações institucionais e dos pais e/ou responsáveis pelas crianças para a operacionalização da coleta dos dados.

Através da realização da coleta de dados desta pesquisa foi possível desenvolver um estudo piloto, previsto no projeto, que contou com uma amostra de 144 crianças da população geral e 53 crianças do grupo clínico (15 crianças com Diabetes, 15 com Transtorno Depressivo, 10 com Transtorno de Conduta e 13 crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade). O estudo piloto, realizado conforme os procedimentos previstos no projeto, mostrou a viabilidade de se trabalhar com a evidência de validade de critério do Teste dos Contos de Fadas, proporcionando material para responder claramente aos objetivos propostos e dar subsídios para o seguimento dos estudos de validade.

Paralelamente ao estudo piloto foi elaborado um trabalho teórico, o Ensaio Temático, intitulado “Validade como conceito fundamental dos instrumentos de avaliação psicológica”. Nele discutiram-se os parâmetros psicométricos fundamentais de precisão e validade dos instrumentos de avaliação psicológica, além de uma contextualização da evolução do conceito e aplicabilidade dos estudos de validade ao longo dos tempos, culminando no que se tem hoje em relação às diferentes fontes de evidência de validade dos instrumentos de avaliação. Para tanto, alguns referenciais importantes desta perspectiva deram sustentação a esta escrita como, por exemplo, os *Standards* da AERA, APA e NCME (1999) e Primi, Muniz e Nunes (2009). O principal tópico abordado neste ensaio temático foi a necessidade de se trabalhar hoje em dia com a avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação psicológica, sejam eles psicométricos ou projetivos. A partir do marco histórico da Resolução nº. 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003) para a área de avaliação psicológica, todos os instrumentos para serem editados e comercializados no Brasil precisam demonstrar estudos das propriedades psicométricas e serem aprovados pela Comissão Consultiva em

Avaliação Psicológica do CFP. Outra questão enfatizada neste ensaio é a reflexão que se tem que fazer sobre a formação em avaliação psicológica, pois de nada adianta termos instrumentos confiáveis do ponto de vista psicométrico, se o profissional que o for utilizar não o faz de forma adequada, considerando as suas especificidades e aplicabilidades.

Concluídos o Projeto de Tese com o estudo piloto e o Ensaio Temático, foi realizado o Exame de Qualificação no dia 22 de novembro de 2010, sendo a Comissão Examinadora composta pelos professores Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang (Orientadora Presidente PUCRS), Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo (PUCRS) e Dr^a. Clarissa Marcell Trentini (UFRGS). Obtida a aprovação neste exame (ver Anexo D e E) e considerando os apontamentos e sugestões feitas, deu-se seguimento ao estudo.

Assim, com base na operacionalização do Projeto de Tese, no estudo do material bibliográfico e na análise dos dados coletados, foi possível organizar quatro seções, que representam esta Tese de Doutorado. A organização da tese sob este formato segue as orientações do Ato Normativo 002/2007 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

A primeira Seção intitulada “Instrumentos de avaliação psicológica infantil sob o enfoque projetivo” contextualiza teoricamente os testes projetivos como reveladores de material dinâmico, normal ou patológico destacando a principal finalidade deles que é a de avaliar características da personalidade do sujeito. Procurou-se explicitar a compreensão do conceito de projeção aplicado aos testes projetivos, dando particular atenção ao uso dos mesmos nos processos de avaliação psicológica de crianças.

A segunda Seção, através de uma revisão da literatura, traz uma contextualização do instrumento Teste dos Contos de Fadas/TCF. O objetivo foi mostrar a origem e a base teórica deste, descrevendo sua configuração, forma de administração e proposta de avaliação. Esta seção apresenta o TCF como um instrumento que possibilita a criação de subsídios importantes para o conhecimento do desenvolvimento de aspectos dinâmicos da personalidade infantil, do relacionamento interpessoal e do funcionamento familiar de crianças.

Os estudos empíricos que sustentam a presente Tese estão descritos nas seções III e IV. Estes estudos permitiram verificar as evidências de validade do Teste dos Contos de Fadas com base na análise da estrutura interna das variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do instrumento e na análise da relação com variáveis externas (validade de critério). Para operacionalizar estes estudos foi possível estruturar uma amostra constituída por 315 crianças da população geral (não clínica) e 167 crianças do grupo clínico. O grupo

clínico incluiu crianças com diferentes diagnósticos e situação de vida: 30 crianças com Diabetes Mellitus, 28 com Transtorno Depressivo, 23 com Transtorno de Conduta, 31 com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 23 com Transtorno de Aprendizagem e, ainda, 32 crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar.

Os instrumentos utilizados para estes estudos foram: o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL (Bordin, Mari & Caieiro, 1995), para a identificação dos grupos clínico-psiquiátricos, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, Duarte, 1999), para avaliação do potencial cognitivo das crianças pesquisadas, e o Teste dos Contos de Fadas, instrumento central do estudo. Para a caracterização da amostra, contou-se com uma Ficha de Dados Sócio-demográficos (ver Anexo E), preenchida pelos pais e/ou responsáveis pelas crianças. A partir dela observou-se que as 315 crianças da população geral foram localizadas em 13 escolas (8 escolas públicas e 5 escolas particulares). Dessas 315 crianças, 203 (64,4%) freqüentavam escolas públicas e 112 (35,6%) escolas particulares. A idade média das 315 crianças foi de 8,57 anos (DP=1,64), sendo 143 (45,4%) do gênero masculino e 172 (54,6%) do gênero feminino. Mais detalhadamente os dados relacionados à distribuição dos sujeitos quanto a variável gênero e idade podem ser melhor visualizados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição em termos de freqüência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme gênero e idade (n=315).

Gênero	Idade	Nº de Sujeitos	%
Masculino	6	19	13,3
Feminino	6	22	12,8
Masculino	7	26	18,2
Feminino	7	31	18,0
Masculino	8	22	15,4
Feminino	8	33	19,2
Masculino	9	24	16,8
Feminino	9	29	16,9
Masculino	10	27	18,9
Feminino	10	35	20,3
Masculino	11	25	17,5
Feminino	11	22	12,8
Total		315	100

Em relação ao ano escolar que as crianças da amostra não clínica freqüentavam, os dados podem ser visualizados na Tabela 2. Dos 315 participantes, a maioria das crianças,

298 (94,6%) não teve repetência escolar, resultado este em consonância com o fato de que, na opinião dos pais e/ou responsáveis, a grande maioria dos estudantes tem um desempenho escolar entre ótimo (196, 62,6%) e bom (102, 32,6%). Ainda, o resultado obtido no Teste Raven (Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial) pode ser observado na Tabela 3 e corrobora com estes dados de desempenho escolar.

Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme o ano escolar atual frequentado (n=315).

Ano escolar	f	%
Pré-escola	19	6,1
1º ano Ensino Fundamental	52	16,6
2º ano Ensino Fundamental	64	20,4
3º ano Ensino Fundamental	58	18,5
4º ano Ensino Fundamental	71	22,3
5º ano Ensino Fundamental	51	16,2
Total	315	100

Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (n =315).

Classificação Intelectual	f	%
Superior	123	39,8
Acima média	117	37,9
Média	75	23,5
Abaixo média	0	0
Deficiente	0	0
Total	315	100

Sobre o núcleo familiar em que os participantes estão inseridos, os dados coletados revelam que a maioria (201, 63,8%) das crianças da população geral reside com o pai, com a mãe e com, pelo menos, um irmão. Detalhes sobre estes resultados e sobre a classe socioeconômica familiar dos participantes deste grupo não clínico podem ser observados nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme as pessoas com quem a criança reside (n=315).

Com quem a criança reside	f	%
Pai e mãe	53	16,8
Pai, mãe e irmão(s)	148	47,0
Apenas com a mãe	45	14,3

Mãe e irmão(s)	46	14,6
Pai e irmão(s)	6	1,9
Com outros (avós, tios)	17	5,4
Total	315	100

Tabela 5. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme classe econômica (n=315).

Classe econômica	f	%
Classe A	38	12,1
Classe B	226	71,7
Classe C	47	14,9
Classe D	2	0,6
Classe E	2	0,6
Total	315	100

Com relação à presença de doença física, das 315 crianças pesquisadas, a maioria não apresenta doença física (302, 95,9%). Das crianças que apresentam alguma doença física, 13 (4,1%) sofrem de doenças respiratórias (asma ou bronquite). Não há referência, neste grupo da população geral, da presença de transtornos psicológicos. Perguntou-se, igualmente, se os participantes fazem ou fizeram tratamento especializado, e os dados coletados revelaram que 49 (15,6%) tratam a asma ou bronquite, e 25 (7,9%), sem especificar o motivo, são acompanhados por psicólogos, em sessões de psicoterapia. Quanto ao uso de medicamentos, 20 (6,3%) participantes referem utilizar medicamentos para o tratamento de asma ou bronquite.

No que se refere à amostra clínica, composta por 167 crianças dos diferentes subgrupos diagnósticos e vítimas de violência sexual, a idade média foi de 9,02 anos (DP=1,55) sendo 110 (65,8%) do gênero masculino e 57 (34,1%) do gênero feminino. Mais detalhadamente os dados relacionados à distribuição dos participantes da amostra clínica, quanto à variável gênero e idade constam na Tabela 6 a seguir.

Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme gênero e idade (n=167).

Gênero	Idade	Nº de Sujeitos	%
Diabetes Mellitus			
Masculino	6	2	11,8
Feminino	6	1	7,7
Masculino	7	2	11,8
Feminino	7	0	0
Masculino	8	2	11,8
Feminino	8	1	7,7

Masculino	9	2	11,8
Feminino	9	4	30,8
Masculino	10	3	17,6
Feminino	10	4	30,8
Masculino	11	6	35,3
Feminino	11	3	23,1
Transtorno Depressivo			
Masculino	6	0	0
Feminino	6	1	10,0
Masculino	7	2	11,1
Feminino	7	0	0
Masculino	8	5	27,8
Feminino	8	1	10,0
Masculino	9	2	11,1
Feminino	9	3	30,0
Masculino	10	3	16,7
Feminino	10	5	50,0
Masculino	11	6	33,3
Feminino	11	0	0
Transtorno de Conduta			
Masculino	6	1	4,5
Feminino	6	0	0
Masculino	7	1	4,5
Feminino	7	0	0
Masculino	8	6	27,3
Feminino	8	0	0
Masculino	9	4	18,2
Feminino	9	1	100,0
Masculino	10	3	13,6
Feminino	10	0	0
Masculino	11	7	31,8
Feminino	11	0	0
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade			
Masculino	6	2	7,4
Feminino	6	0	0
Masculino	7	2	7,4
Feminino	7	0	0
Masculino	8	5	18,5
Feminino	8	2	50,0
Masculino	9	4	14,8
Feminino	9	1	25,0
Masculino	10	7	25,9
Feminino	10	1	25,0
Masculino	11	7	25,9
Feminino	11	0	0
Transtorno de Aprendizagem			
Masculino	6	2	13,3
Feminino	6	0	0
Masculino	7	3	20,0

Feminino	7	3	37,5
Masculino	8	3	20,0
Feminino	8	1	12,5
Masculino	9	3	20,0
Feminino	9	2	25,0
Masculino	10	4	26,7
Feminino	10	1	12,5
Masculino	11	0	0
Feminino	11	1	12,5
Abuso Sexual			
Masculino	6	2	18,2
Feminino	6	1	4,8
Masculino	7	2	18,2
Feminino	7	5	23,8
Masculino	8	0	0
Feminino	8	4	19,0
Masculino	9	2	18,2
Feminino	9	4	19,0
Masculino	10	1	9,1
Feminino	10	4	19,0
Masculino	11	4	36,4
Feminino	11	3	14,3
Total		167	100

Em relação ao ano escolar que os 167 participantes da amostra clínica freqüentavam, os dados podem ser visualizados na Tabela 7. Destas crianças, 44 (26,3%) repetiram alguma série: 3 (10,0%) com Diabetes, 6 (21,4) com Transtorno Depressivo, 7 (30,4) com Transtorno de Conduta, 13 (41,9%) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 5 (21,7%) com Transtorno de Aprendizagem e 10 (31,3%) crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. As crianças com TDAH (10, 35,7%), juntamente com as crianças com Transtorno Depressivo (13, 41,9%) e vítimas de abuso sexual (16, 50,0%), na opinião dos pais e/ou responsáveis, apresentam um desempenho escolar regular. Indo ao encontro destes resultados, os dados obtidos no Raven (Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial) podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 7. Distribuição em termos de freqüência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme o ano escolar atual freqüentado (n=167).

Ano escolar	f	%
Diabetes Mellitus		
Pré-escola	5	16,7
1º ano Ensino Fundamental	4	13,3
2º ano Ensino Fundamental	6	20,0
3º ano Ensino Fundamental	5	16,7
4º ano Ensino Fundamental	3	10,0

5º ano Ensino Fundamental	7	23,3
Transtorno Depressivo		
Pré-escola	0	0
1º ano Ensino Fundamental	2	7,1
2º ano Ensino Fundamental	3	10,7
3º ano Ensino Fundamental	10	35,7
4º ano Ensino Fundamental	7	25,0
5º ano Ensino Fundamental	6	21,4
Transtorno de Conduta		
Pré-escola	0	0
1º ano Ensino Fundamental	1	4,3
2º ano Ensino Fundamental	6	26,1
3º ano Ensino Fundamental	4	17,4
4º ano Ensino Fundamental	7	30,4
5º ano Ensino Fundamental	5	21,7
Transtornos de Déficit Atenção/Hiperatividade		
Pré-escola	1	3,2
1º ano Ensino Fundamental	2	6,5
2º ano Ensino Fundamental	8	25,8
3º ano Ensino Fundamental	9	29,0
4º ano Ensino Fundamental	7	22,6
5º ano Ensino Fundamental	4	12,9
Transtorno de Aprendizagem		
Pré-escola	0	0
1º ano Ensino Fundamental	3	13,0
2º ano Ensino Fundamental	6	26,1
3º ano Ensino Fundamental	7	30,4
4º ano Ensino Fundamental	5	21,7
5º ano Ensino Fundamental	2	8,7
Abuso Sexual		
Pré-escola	0	0
1º ano Ensino Fundamental	5	15,6
2º ano Ensino Fundamental	7	21,9
3º ano Ensino Fundamental	7	21,9
4º ano Ensino Fundamental	7	21,9
5º ano Ensino Fundamental	6	18,7
Total	167	100

Tabela 8. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (n =167).

Classificação Intelectual	f	%
Diabetes Mellitus		
Superior	4	14,8
Acima média	7	25,9
Média	19	59,3
Abaixo média	0	0
Deficiente	0	0
Transtorno Depressivo		

Superior	7	25,9
Acima média	7	25,9
Média	13	44,4
Abaixo média	1	3,7
Deficiente	0	0
Transtorno de Conduta		
Superior	1	4,3
Acima média	12	52,2
Média	10	43,5
Abaixo média	0	0
Deficiente	0	0
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade		
Superior	2	6,7
Acima média	9	30,0
Média	19	60,0
Abaixo média	1	3,3
Deficiente	0	0
Transtorno de Aprendizagem		
Superior	1	4,3
Acima média	6	26,1
Média	12	52,2
Abaixo média	4	17,4
Deficiente	0	0
Abuso Sexual		
Superior	10	32,3
Acima média	9	29,0
Média	6	16,1
Abaixo média	7	22,6
Deficiente	0	0
Total	167	100

Sobre o núcleo familiar em que as 167 crianças da amostra clínica estão inseridas, os dados coletados revelam que 65 (38,9%) crianças residem com o pai, com a mãe e com, pelo menos, um irmão. Detalhes sobre estes resultados e sobre a classe socioeconômica dos participantes da amostra clínica podem ser observados nas Tabelas 9 e 10.

Tabela 9. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme as pessoas com quem a criança reside (n=167).

Com quem a criança reside	f	%
Diabetes Mellitus		
Pai e mãe	3	10,0
Pai, mãe e irmão(s)	20	66,7
Apenas com a mãe	3	10,0
Mãe e irmão(s)	3	10,0
Pai e irmão(s)	0	0
Com outros (avós, tios)	1	3,3

Transtorno Depressivo		
Pai e mãe	4	14,3
Pai, mãe e irmão(s)	11	39,3
Apenas com mãe	4	14,3
Mãe e irmão(s)	7	25,0
Pai e irmão(s)	0	0
Com outros (avós, tios)	2	7,1
Transtorno de Conduta		
Pai e mãe	1	4,3
Pai, mãe e irmão(s)	5	21,7
Apenas com mãe	1	4,3
Mãe e irmão(s)	15	65,2
Pai e irmão(s)	0	0
Com outros (avós, tios)	1	4,3
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade		
Pai e mãe	3	9,7
Pai, mãe e irmão(s)	9	29,0
Apenas com mãe	7	22,6
Mãe e irmão(s)	11	35,5
Pai e irmão(s)	0	0
Com outros (avós, tios)	1	3,2
Transtorno de Aprendizagem		
Pai e mãe	3	13,0
Pai, mãe e irmão(s)	6	26,1
Apenas com mãe	3	13,0
Mãe e irmão(s)	8	34,8
Pai e irmão(s)	0	0
Com outros (avós, tios)	3	13,0
Abuso Sexual		
Pai e mãe	0	0
Pai, mãe e irmão(s)	3	9,4
Apenas com mãe	4	12,5
Mãe e irmão(s)	15	46,9
Pai e irmão(s)	1	3,1
Com outros (avós, tios)	9	28,1
Total	167	100

Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra clínica conforme classe econômica (n=167).

Classe econômica	f	%
Diabetes Mellitus		
Classe A	1	3,3
Classe B	19	63,3
Classe C	10	33,3
Classe D	0	0
Classe E	0	0
Transtorno Depressivo		
Classe A	4	14,3
Classe B	11	39,3

Classe C	12	42,9
Classe D	1	3,6
Classe E	0	0
Transtorno de Conduta		
Classe A	3	13,0
Classe B	11	47,8
Classe C	9	39,1
Classe D	0	0
Classe E	0	0
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade		
Classe A	1	3,2
Classe B	15	48,4
Classe C	12	38,7
Classe D	2	6,5
Classe E	1	3,2
Transtorno de Aprendizagem		
Classe A	8	34,8
Classe B	15	65,2
Classe C	0	0
Classe D	0	0
Classe E	0	0
Abuso Sexual		
Classe A	1	3,1
Classe B	21	65,6
Classe C	10	31,3
Classe D	0	0
Classe E	0	0
Total	167	100

Com relação à presença de doença física, as crianças com Transtorno Depressivo (4, 14,3%), Transtorno de Conduta (2, 8,7%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (4, 12,9%) e vítimas de abuso sexual (7, 21,9%) sofrem de anemia, alergias ou doenças respiratórias (asma ou bronquite). Todas as crianças com Diabetes Mellitus (30, 100%) fazem tratamento médico de controle da diabetes com insulino terapia.

Ainda em relação às crianças do subgrupo clínico-psiquiátrico a tabela 11 demonstra os indicadores de comorbidade diagnóstica avaliados através do CBCL. Apesar de estarmos trabalhando com os diagnósticos principais identificados no CBCL, as crianças deste grupo apresentam, também, outras hipóteses diagnósticas.

Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes do grupo médico-clínico e clínico-psiquiátrico conforme indicadores de comorbidade (n=135).

Comorbidades	Grupos	f	%
Transtorno Depressivo	Diabetes	1	3,3
	Conduta	10	43,4
	TDAH	9	29,0
	Aprendizagem	7	30,4
Transtorno de Ansiedade	Diabetes	3	10,0
	Depressão	12	42,8
	Conduta	4	17,3
	TDAH	12	38,7
Transtorno de Somatização	Aprendizagem	5	21,7
	Depressão	4	14,2
	Conduta	4	17,3
	TDAH	4	12,9
TDAH	Aprendizagem	1	4,3
	Diabetes	1	3,3
	Depressão	4	14,2
	Conduta	13	56,5
Transtorno Desafiador/Opositor	Aprendizagem	2	8,6
	Depressão	7	25,0
	Conduta	15	65,2
	TDAH	8	25,8
Transtorno de Conduta	Depressão	4	14,2
	Conduta	0	0
	TDAH	6	19,3
	Aprendizagem	1	4,3

Sobre as análises realizadas para se chegar às respostas aos objetivos deste estudo (que são tema das Seções III e IV), cabe mencionar que primeiramente, após a administração do Teste dos Contos de Fadas, todos os protocolos foram analisados e as verbalizações das crianças, para cada um dos 21 desenhos do teste, foram classificadas por três juízes (avaliações independentes) com base: 1) nas 30 variáveis do Sistema de Categorização de Respostas, subdivididas em 5 grupos de componentes da personalidade e 2) na identificação dos mecanismos de defesas.

Destaca-se ainda, antes de se fazer as análises para verificar as evidências de validade do TCF, que foram realizados os primeiros cálculos (com a amostra da população geral n=315) para verificar a precisão deste instrumento através da avaliação da fidedignidade entre juízes independentes (estatística Kappa). Considerando que a medida de concordância pode variar entre 0 e 1, sendo que 0 (zero) representa uma concordância ruim, ou mesmo a ausência de concordância, e 1 (um) uma concordância perfeita, a partir

dos resultados obtidos é possível dizer que eles foram altamente satisfatórios, uma vez que a concordância alcançada foi substancial em algumas variáveis, do Sistema de Categorização de Respostas, e quase perfeita na maioria delas. Estes dados podem ser visualizados na tabela 12.

Tabela 12. Sumário do resultado da medida de concordância entre juízes em cada uma das 30 variáveis dos 5 componentes da personalidade do TCF (n=315).

Componentes Personalidade	Variável	Kappa	Grau de Concordância
Desejos e Necessidades	Desejo coisas materiais	0,98	Quase perfeito
	Desejo de superioridade	0,96	Quase perfeito
	Desejo de ajudar	0,92	Quase perfeito
	Necessidades orais	0,94	Quase perfeito
	Necessidade de afiliação	0,90	Quase perfeito
	Necessidade de aprovação	0,94	Quase perfeito
	Necessidade de afeto	0,83	Quase perfeito
	Necessidade de proteção	0,81	Quase perfeito
	Preocupação sexual	0,93	Quase perfeito
	Resposta bizarra	0,86	Quase perfeito
Impulsos	Agressão oral	0,96	Quase perfeito
	Agressão impulsiva	0,88	Quase perfeito
	Agressão como dominância	0,80	Quase perfeito
	Agressão instrumental	0,90	Quase perfeito
	Agressão como defesa	0,97	Quase perfeito
	Agressão por inveja	0,82	Quase perfeito
	Agressão por ciúme	0,80	Substancial
	Agressão como retaliação	0,90	Quase perfeito
	Ambivalência indecisão	0,92	Quase perfeito
	Ambivalência dúvida	0,87	Quase perfeito
Funções do Ego	Ambivalência conflito	1,00	Quase perfeito
	Ambivalência alternativa	0,82	Quase perfeito
	Ambivalência hesitação	1,00	Quase perfeito
	Ambivalência incerteza	0,80	Substancial
	Autoestima	0,90	Quase perfeito
	Moralidade	0,87	Quase perfeito
	Senso de propriedade	0,92	Quase perfeito
	Senso de privacidade	0,88	Quase perfeito
	Adaptação conteúdo conto	0,97	Quase perfeito
	Repetição	0,80	Substancial
Estados Emocionais	Medo de agressão	1,00	Quase perfeito
	Ansiedade perda	0,98	Quase perfeito
	Ansiedade doença	0,93	Quase perfeito
	Ansiedade dano	0,94	Quase perfeito
	Ansiedade insegurança	0,95	Quase perfeito
	Ansiedade rejeição	0,80	Substancial
	Ansiedade castigo	0,80	Substancial
	Ansiedade desaprovação	0,87	Quase perfeito
	Ansiedade trabalho duro	0,89	Quase perfeito
	Ansiedade autoimagem	0,84	Quase perfeito
Ansiedade morte	1,00	Quase perfeito	
Ansiedade solidão	0,81	Quase perfeito	
Ansiedade preocupação outros	1,00	Quase perfeito	
Ansiedade reprovação	1,00	Quase perfeito	

	Ansiedade privação	1,00	Quase perfeito
	Ansiedade indiferença	0,75	Substancial
	Ansiedade incapacidade	1,00	Quase perfeito
	Ansiedade proibição	0,70	Substancial
	Depressão	0,97	Quase perfeito
Relações Objetais	Relação com mãe	0,88	Quase perfeito
	Relação com pai	1,00	Quase perfeito
	Anulação	0,91	Quase perfeito
	Negação	1,00	Quase perfeito
	Projeção	0,70	Substancial
	Formação reativa	0,75	Substancial
	Repressão	0,85	Quase perfeito
	Cisão	1,00	Quase perfeito
	Racionalização	0,80	Substancial
	Identificação projetiva	1,00	Quase perfeito
	Regressão	1,00	Quase perfeito
Mecanismos de Defesa	Deslocamento	1,00	Quase perfeito
	Compensação	1,00	Quase perfeito
	Agressão contra própria pessoa	1,00	Quase perfeito
	Identificação com agressor	1,00	Quase perfeito
	Introjeção	1,00	Quase perfeito
	Atuação	0,90	Quase perfeito
	Dissociação	1,00	Quase perfeito

No que se refere aos estudos de validade do TCF – escopo principal desta Tese –, apresentados nas seções III e IV, pôde-se verificar que foram considerados satisfatórios. Na Seção III é apresentado o estudo de validade com base na estrutura interna do teste, por meio da análise fatorial. Através deste método foi possível extrair uma solução fatorial com 7 fatores que foram interpretados teoricamente, de acordo com a proposta do teste. A Seção IV, por sua vez, apresenta o estudo de validade de critério. Neste sentido, este estudo aponta os resultados para os 7 fatores identificados na análise fatorial das respostas ao TCF explicitando quais destes fatores diferenciam significativamente os diferentes grupos-critério avaliados.

Cabe salientar, ainda, que esta Tese de Doutorado contou com o trabalho de toda uma equipe de pesquisadores, bolsistas de iniciação científica, auxiliares de pesquisa e colegas do grupo de pesquisa em que está inserida, que, além de contribuírem na coleta dos dados, foram peças importantes nas discussões empreendidas ao longo de todo o processo de adaptação do TCF. Nos tempos atuais, os esforços de pesquisadores da área da avaliação psicológica têm-se centrado em estudos como este, com a intenção de aprimorar e oferecer a devida sustentação para o uso adequado de instrumentos psicológicos, ainda mais no campo das técnicas projetivas. A importância da investigação de dados como a precisão e a validade dos mesmos reside no fato de que é necessário garantir a qualidade

dos instrumentos e técnicas utilizados na avaliação psicológica, resguardando tanto o sujeito avaliado quanto o psicólogo responsável pela avaliação.

Referências Bibliográficas

- Alves, I. C. B. (2004). Técnicas projetivas: questões atuais na psicologia. In C. E. Vaz & R. L. Graeff (Orgs.). III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e outros métodos projetivos: Técnicas Projetivas: produtividade em pesquisa, (pp. 361-366). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (1999). Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association: Washington DC.
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., Duarte, J. L. M. (1999). Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Escala Especial. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Balbinotti, M. A. A. (2005). Para se avaliar o que se espera: reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. Alethéia, (21), 43-52.
- Boorsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2004). The Concept of Validity. Psychological Review, 111 (4), 1061-1071.
- Bordin, I. A. S.; Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. Revista ABP – APAL, 17, (2).
- DeMers, S. T., Turner, S. M., Andberg, M., Foote, W. Hough, L., Ivnik, R., Meier, S., Moreland, K. & Rey-Casserly, C. M. (2000). Report of Task Force on Test User Qualifications (pp. 17-21). Washington: American Psychological Association.
- Lowenstein, L. F. (1987). Are projective techniques dead? British Journal of Projective Psychology, 32 (2), 2–21.
- Muniz, M., Machado, M. A., Villemor-Amaral, A. E. & Primi, R. (2009). Precisão do Zulliger no Sistema Compreensivo. In: A. E. Villemor-Amaral & R. Primi (Orgs.). Teste de Zulliger no sistema compreensivo ZSC – forma individual (pp. 131-136). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nunes, C. H. S. S. & Primi, R. (2009). Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações na psicologia e na educação. In: C. S. Hutz (Org.). Avanços e polêmicas em avaliação psicológica (pp. 25-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L. (2003). Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 2ª ed.

- Petrópolis: Vozes.
- Primi, R., Muniz, M. & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: C. S. Hutz (Org.). Avanços e polêmicas em avaliação psicológica (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R., Muniz, M. & Villemor-Amaral, A. E. (2009). Validade do Zulliger no Sistema Compreensivo. In: A. E. Villemor-Amaral & R. Primi (Orgs.). Teste de Zulliger no sistema compreensivo ZSC – forma individual (pp. 137-173). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R. & Nunes, C. H. S. S. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia/CFP (Org.). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão (pp. 101-127). Brasília: CFP.
- Regulamentação do uso, elaboração e comercialização de Testes Psicológicos, Resolução CFP nº. 002/2003, Conselho Federal de Psicologia. (2003). Acesso em 14 de março de 2010. [On-line]. Disponível: http://www.pol.org.br/resolucoes/002_2003.doc
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Villemor-Amaral, A. E. & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. Psico-USF, 11 (2), 185-193.
- Villemor-Amaral, A. E. & Werlang, B. S. G. (2008). Apresentação. In: A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang (Orgs.). Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica (pp. 11-14). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Werlang, B. S. G., Villemor-Amaral, A. E. & Nascimento, R. S. G. F. (2010). Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In: Conselho Federal de Psicologia/CFP (Org.). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão (pp. 87-99). Brasília: CFP.

SEÇÃO I

Instrumentos de avaliação psicológica infantil sob o enfoque projetivo

Introdução

Ao longo da história da Psicologia, é possível observar a dedicação do psicólogo para identificar e compreender diferenças e semelhanças entre indivíduos. Por determinado tempo, o instrumental utilizado para esta tarefa estava circunscrito exclusivamente a testes que visavam aferir quantitativamente características individuais. Numa visão em sintonia com a ciência nomotética, o objetivo era identificar, compreender e comparar aspectos psicológicos a um referencial normativo populacional. O psicólogo utilizava testes psicológicos que o auxiliavam a alcançar conclusões sobre diferentes comportamentos de um determinado indivíduo, com base nos resultados objetivos da testagem.

Testes psicológicos, independente do tipo – se psicométricos ou projetivos –, são procedimentos através dos quais é possível obter uma amostra de comportamento de um determinado sujeito, em um domínio específico (Cohen & Swedlik, 2001; Hogan, 2004). Constituem-se, então, como componentes-chave em processos de avaliação psicológica, podendo ser definidos como um procedimento sistemático de medida, que objetiva acessar características psicológicas dos indivíduos, em amostras de comportamento que sejam relevantes para o seu funcionamento cognitivo e/ou afetivo (DeMers *et al.*, 2000; Pasquali, 2003; Urbina, 2007). Fica evidente, então, que os testes são ferramentas, veículos de acesso a algo, meios para se alcançar um fim, e nunca um fim em si mesmos.

Os testes psicológicos podem ser utilizados em contextos diversos e geralmente têm como principal objetivo a avaliação de indivíduos em algum ponto crítico ou circunstância significativa de vida, produzindo informações que auxiliam os profissionais a fazer inferências a respeito de pessoas e de seus comportamentos, que norteiam as indicações de intervenção propostas para cada situação. Os instrumentos refinam a capacidade do profissional de captar e compreender os indivíduos, os grupos e os fenômenos psicológicos (Urbina, 2007; Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010).

Como um dos agrupamentos dos testes psicológicos, os testes projetivos surgiram na década de 1920, com uma visão dinâmica das individualidades e como ferramentas para a avaliação qualitativa da personalidade e da psicopatologia – com um enfoque em respostas mais espontâneas e livres. Tiveram suas raízes nos métodos de associação livre, introduzidos por Galton e usados clinicamente por Kraepelin, Jung e Freud (Urbina, 2007; Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010). Além dos aspectos da personalidade,

estes instrumentos ainda podem ser utilizados na avaliação de outros elementos, como as relações interpessoais e a dinâmica familiar. A premissa básica que sustenta este tipo de teste é a de que toda produção de um sujeito está, de alguma forma e em alguma medida, vinculada às suas capacidades e vivências, que são projetadas ao exterior – daí o nome de técnica projetiva. Na leitura de um fenômeno projetivo, deve-se também considerar a percepção externa do indivíduo de determinado estímulo, que sempre será influenciada pelo seu mundo interno (Fensterseifer & Werlang, 2008).

Se inicialmente os testes psicométricos e suas medidas objetivas geravam dados suficientes para a avaliação dos sujeitos, a história descreve que, em seguida, as necessidades da sociedade, os avanços da ciência psicológica e a consolidação do enfoque psicodinâmico, como um modelo de compreensão do psiquismo, facilitaram o surgimento de instrumentos de avaliação psicológica que propiciassem uma visão dinâmica da individualidade dos sujeitos – justamente, as técnicas projetivas. Neste sentido, o desenvolvimento e avanço da Psicologia Clínica, principalmente durante o período da segunda guerra mundial, impulsionou a valorização de aspectos mais subjetivos, emocionais e internos do sujeito, estimulando, conseqüentemente, o surgimento de novos instrumentos, baseados nos princípios da psicologia projetiva. Para Anzieu (1981), o principal objetivo da psicologia projetiva é “colocar em evidência o conjunto dos fatores internos, de registro puramente psicológico, intervenientes nas condutas humanas” (p. 263). Nessa perspectiva, o que fica como enfoque da psicologia projetiva são as funções e os processos psicológicos que compõem a personalidade total de um sujeito. É desta forma que, em última instância, a psicologia projetiva ocupa-se da teoria e da prática dos métodos projetivos (Abt, 1967).

O ponto de vista fundamental da psicologia projetiva, a partir da década de 1920, era o de valorizar a idiosincrasia do indivíduo. Interessado na compreensão dos aspectos mais particulares das pessoas, o movimento projetivo em psicologia priorizou os aspectos únicos e singulares, em harmonia com os fundamentos epistemológicos das ciências idiográficas. Nesse contexto é que surgiram os testes projetivos de avaliação da personalidade e, nesse sentido, conforme propõe Bellak (1979), espera-se que estes sirvam tanto como instrumentos do ponto de vista nomotético, quanto do idiográfico.

Tendo o fenômeno da projeção como principal fundamento, os testes projetivos foram propostos com vistas à avaliação da personalidade, uma vez que elucidam aspectos encobertos do funcionamento dos sujeitos. A personalidade é um construto teórico entendido e acessado a partir de observações comportamentais. Nessa perspectiva, os testes

psicológicos oferecem informações sobre alguns elementos que fundamentam as definições do construto personalidade e permitem o acesso a ele. Uma questão importante, neste sentido, refere-se ao modelo teórico que se usa para entender os dados de uma avaliação da personalidade. Dependendo da teoria utilizada, a compreensão das informações coletadas pode ser diferenciada. Em função disso, Sendín (2000) afirma que a avaliação da personalidade sempre deverá ser guiada por uma teoria de base, a partir da qual será definida a compreensão que se dará aos elementos avaliados.

A personalidade, de maneira geral, é o padrão característico do comportamento de um indivíduo, englobando uma ampla variedade de funções e processos psicológicos. Algumas definições de personalidade acentuam os elementos mais peculiares do sujeito, incluindo suas motivações, fantasias e crenças; outras enfocam os repertórios básicos de comportamentos que o indivíduo vai adquirindo ao longo do tempo; e outras, por fim, são mais globais e descrevem a personalidade como um conjunto organizado de qualidades ou características físicas, mentais e sociais da pessoa (Schultz & Schultz, 2002; Pervin & John, 2004). Estas diferentes concepções sinalizam para a dificuldade de se falar em avaliação da personalidade e, novamente, da importante vinculação deste construto com um determinado arcabouço teórico.

Historicamente, o conceito de personalidade avaliado através dos testes projetivos fundamenta-se teoricamente nos postulados psicanalíticos, em parte, provavelmente, pela própria relação que se estabeleceu ao longo do tempo entre o fenômeno da projeção e a psicanálise. Deixando-se esta discussão de lado e atendo-se à avaliação da personalidade sob o enfoque projetivo, sustentado pelo referencial teórico psicodinâmico – que é o que está em foco no presente estudo – Werlang e Cunha (1993) destacam que o psicólogo, se experiente e bem treinado em testes específicos, terá condições de identificar e compreender conflitos, impulsos, mecanismos de defesa, estados emocionais, fantasias e aspectos sadios ou patológicos do sujeito. Segundo as autoras, existem diversos instrumentos para avaliar a personalidade, mas são os testes projetivos os que permitem identificar e interpretar aspectos estruturais e dinâmicos, embora cada um deles possa apresentar peculiaridades importantes e complementares.

Considerando estas características, uma questão importante quando se aborda as técnicas projetivas em avaliação psicológica, trata dos contextos em que elas se aplicam e do rol de possibilidades que geram para a avaliação de um sujeito. É certo que sujeitos diferentes, em contextos diferentes, exigirão técnicas adequadas e adaptadas a suas particularidades. Neste cenário é que se inserem os testes projetivos para crianças. Sabe-se

que a realidade infantil exige compreensões e adequações específicas em um procedimento de avaliação psicológica em que se fará o uso de testes, que avaliam importantes construtos psicológicos como, por exemplo, a personalidade. A abordagem infantil requer cuidados especiais, tanto para a escolha dos instrumentos quanto para o manejo clínico da situação de avaliação. Trabalhar com crianças em avaliação psicológica, utilizando testes projetivos, demarca uma riqueza bastante expressiva do trabalho que o psicólogo clínico pode desenvolver.

Conforme mencionado anteriormente, os testes projetivos, sejam eles para crianças ou para adultos, são reveladores de material dinâmico, normal ou patológico, e sua principal finalidade é avaliar a personalidade total de uma pessoa. Tomando estes apontamentos iniciais como principais norteadores, este texto pretende contribuir, através de ideias organizadas com base na experiência profissional e nas construções teóricas da literatura, para a compreensão do conceito de projeção aplicado aos testes projetivos, dando particular atenção ao uso destes nos processos de avaliação psicológica de crianças.

O conceito de projeção

Com base na teoria psicanalítica, o conceito de projeção foi introduzido por Freud (1894/1987a), sendo considerado, primeiramente, como um mecanismo de defesa do ego, conceito este também reafirmado mais tarde por Abt (1967). Nesta perspectiva, Freud salienta que o sujeito atribui aos outros ou ao mundo externo impulsos e afetos que pertencem a ele mesmo, ignorando, através do mecanismo da projeção, o que é indesejável em si, protegendo-se, assim, do sofrimento e da ansiedade causados por determinados conteúdos e elementos presentes em seu psiquismo (Freud, 1894/1987a).

Freud abordou a projeção em vários momentos marcantes de sua obra, a começar pelo ano de 1894, quando esboçou este conceito em “Neurose de Angústia”, enfocando a projeção como uma estratégia do psiquismo para lidar com a angústia frente a uma excitação interna não controlável. Inicia-se, assim, o entendimento da projeção como um mecanismo de defesa (Abt, 1967; Werlang & Cunha, 1993; Cunha & Nunes, 2010). Apesar deste esboço inicial, o termo projeção foi usado somente dois anos depois, em 1896, quando Freud abordou o mecanismo que acontece na paranoia (Freud, 1896/1987b). Seguindo na construção de sua obra, em 1911, ele traz uma explicação mais clara sobre o conceito de projeção, agora como sendo a substituição de percepções internas por externas, a partir de um mecanismo de atribuição dos próprios sentimentos e impulsos a pessoas e objetos externos (Abt, 1967; Freud, 1911/1969). Em 1913, em “Totem e Tabu”, Freud

ampliou o conceito de projeção, salientando que nem sempre esta pode ser enfocada como uma defesa diante do conflito, mas sim como um mecanismo primitivo, normal e esperado, presente em cada um de nós. Dessa forma, também deu valor às percepções e aos aspectos conscientes envolvidos na projeção (Freud, 1913/1974; Anzieu, 1981; Fensterseifer & Werlang, 2008). Foi a partir desta última construção que Freud abriu o caminho para se pensar a projeção não mais somente como um mecanismo de defesa do ego, mas como a possibilidade do sujeito elaborar uma conceituação e uma estrutura próprias do mundo externo, a partir de suas vivências internas (Bandeira, Trentini, Winck, Lieberknecht, 2006).

A partir desta herança expressiva da teoria psicanalítica em relação ao conceito de projeção, hoje se tem uma leitura mais abrangente deste fundamento, principalmente quando se considera os aspectos inconscientes e dinâmicos da personalidade, que são expressos através da projeção, bem como os aspectos perceptivos e conscientes presentes neste fenômeno. A ação projetiva, nesta perspectiva, envolve a manifestação de qualidades, desejos, afetos e sentimentos internos colocados no outro, pessoa ou coisa, que é algo externo (Laplanche & Pontalis, 1997). Assim, o que se projeta são as significações e expressões singulares da personalidade do sujeito (Bandeira, Trentini, Winck, Lieberknecht, 2006).

Ainda a respeito do conceito de projeção, Abt (1967) faz uma diferenciação entre diferentes tipos de projeção, classificando-a em três categorias: projeção especular, em que o sujeito reencontra características na imagem do outro, que pretende que sejam suas; projeção catártica, em que o sujeito atribui características que pretende não ter, recusa-se a considerar como suas e das quais quer se livrar, deslocando-as para o outro; e projeção complementar, na qual o sujeito atribui aos outros sentimentos e atitudes que justifiquem os seus próprios. O que fica evidente aqui é que todos estes tipos de projeção compõem o seu conceito e demarcam a complexidade envolvida na junção dos aspectos mais intrínsecos da personalidade a um importante mecanismo psíquico. Bellak (1967) também traz uma diferenciação entre o conceito de projeção e o que ele chamaria de apercepção, como sendo “uma interpretação (dinamicamente) significativa que o organismo faz de uma percepção” (p. 27). Para este autor, isto significa que a carga subjetiva de conteúdos do passado provoca um fenômeno chamado de deformação aperceptiva, em função, principalmente, da impregnação destes conteúdos na percepção atual (Werlang & Cunha, 1993; Cunha & Nunes, 2010).

Pensando-se no conceito de projeção aplicado ao contexto infantil, Rabin e

Haworth (1966) mencionam que o processo projetivo ou de externalização na infância é bastante complexo e está longe de ser pensado de forma conclusiva. Isso se deve ao fato de as crianças estarem em um processo de desenvolvimento gradual e com um nível de integração egóica em construção. Por isso, deve-se ter muita cautela na avaliação, no diagnóstico e na predição de questões da personalidade infantil, a partir dos dados produzidos por testes projetivos, assim como por qualquer outra estratégia de avaliação. O que se quer reforçar, com estes apontamentos, é que o profissional não pode perder de vista, ao avaliar uma criança, que se trata de um sujeito que está construindo sua personalidade e constituindo-se, gradualmente, como sujeito. Apesar desta prudência necessária, não há dúvidas de que o processo de avaliação, na infância, é capaz de revelar o funcionamento típico da criança avaliada, bem como seus conflitos, dificuldades e recursos. Daí a importância de se poder contar com instrumentos específicos às características e questões típicas deste público.

Ainda na direção de se embasar as premissas que dão sustentação aos testes projetivos, além do desenvolvimento do conceito de projeção, a psicologia projetiva foi também um marco importante. Ela surge na ciência psicológica com uma importante raiz na psicanálise e com o objetivo de trazer à tona a discussão sobre a valorização dos componentes internos do sujeito, além de proporcionar o estudo e o diagnóstico da personalidade humana. Fundamentando-se um pouco mais a psicologia projetiva, existem alguns aspectos que a embasam, a começar pelo desenvolvimento da teoria psicanalítica que, com o seu aporte dos aspectos inconscientes como motivadores do comportamento humano, contribuiu para a crença na existência de uma estrutura dinâmica de personalidade subjacente. Outro marco pode ser considerado o desenvolvimento das escolas totalistas, a exemplo da *Gestalt*, pela sua contribuição na compreensão do ser humano como uma totalidade, que sempre se salientará mais do que as partes que o compõem. Um terceiro aspecto foi o surgimento da psicologia do indivíduo, cujo maior representante é Alfred Adler, que defende a ideia da personalidade como uma unidade indissolúvel e única. Por fim, outro fundamento expressivo da psicologia projetiva foi a personologia de Murray, tendo como proposta as necessidades do ser humano, que sempre fazem pressão/força para serem satisfeitas (Fensterseifer & Werlang, 2008). A partir destes marcos que sustentam a psicologia projetiva, fica demarcada a necessidade de expressão da singularidade do indivíduo e a importância que se passa a dar a este último, e para o seu mundo interno, próprio e particular.

Percebe-se, então, que o conceito de projeção, juntamente com o aporte da

psicologia projetiva, incrementam e sustentam o cenário em que se dá o aparecimento das técnicas projetivas para a avaliação da personalidade. É importante salientar que o construto personalidade obedece a múltiplas determinações e é bastante complexo (Dana, 1966). Mesmo sabendo-se que são inúmeras as teorias que explicam a constituição da personalidade, o que se propõe aqui são os fundamentos da psicanálise como teoria de base para os testes projetivos, entendendo-se que a personalidade é formada por um “organismo vivo, em um meio físico e social, reagindo a necessidades internas assim como a estímulos ambientais” (Anzieu, 1981, p. 268). Nesta direção, o entendimento e a proposta da maioria de testes projetivos centram-se basicamente na psicanálise, pelo fato de esta teoria da personalidade dar destaque aos processos inconscientes, que são os componentes mais fortemente e tradicionalmente envolvidos no conceito de projeção e no embasamento teórico deste tipo de instrumento.

Os testes projetivos

A partir da herança deixada pela psicanálise é que entram em cena os testes projetivos tendo na sua essência a valorização dos aspectos afetivos e emocionais do sujeito (Anzieu, 1981; Bandeira, Trentini, Winck, Lieberknecht, 2006). Assim, fica claro que os testes projetivos originam-se do enfoque clínico e são fundamentados essencialmente na teoria psicodinâmica, dando destaque ao conceito de projeção como um ato de expressão dos conteúdos internos do sujeito (Villemor-Amaral, 2006), ainda que possam existir outras propostas, sustentadas por outras abordagens teóricas (por exemplo, o Teste de Apercepção Familiar, técnica projetiva com base teórica sistêmica).

Foi neste sentido que, em 1939, Frank publicou o artigo intitulado “Os métodos projetivos para o estudo da personalidade”, no *Journal of Psychology*, sendo um marco histórico na introdução das técnicas projetivas em psicologia, trazendo à tona e explicando o parentesco entre o Teste de Associação de Palavras de Jung, de 1904, o teste de manchas de tinta de Rorschach, em 1920, e o Teste de Apercepção Temática/TAT, de Murray, em 1935 (Anzieu, 1981; Formiga & Mello, 2000). A partir desta publicação ficou demarcada a importância dos testes projetivos na investigação dinâmica e holística da personalidade, bem como na valorização do simbólico que está por trás da produção dos sujeitos (Formiga & Mello, 2000). A partir daí, a caracterização dos testes projetivos ficou conhecida pelos materiais não estruturados, com estímulos ambíguos, com liberdade de respostas, sem serem certas ou erradas, e com o objetivo maior de evocar características e traços de personalidade, ou seja, permitindo uma via direta de acesso aos aspectos latentes e

dinâmicos da personalidade do sujeito (Shneidman, 1965; Abt, 1967; Bandeira, Trentini, Winck, Lieberknecht, 2006; Fensterseifer & Werlang, 2008). Rapaport, Gill e Schafer (1972) complementam estas ideias, afirmando que os projetivos são aqueles instrumentos em que o sujeito estrutura o material não estruturado de forma espontânea e, ao fazê-lo, revela seus princípios estruturadores, que são, por sua vez, os princípios de sua própria estrutura psicológica.

Além disso, pode-se ampliar o entendimento e alcance dos testes projetivos, no momento em que se atribui a eles a finalidade clínica de identificação de sinais e sintomas na personalidade, relacionados a quadros psicopatológicos, aplicando-os, desse modo, ao campo da psicopatologia (Nunnally, 1973; Anzieu, 1981; Fensterseifer & Werlang, 2008). Mesmo nesta perspectiva, que considera a capacidade deste tipo de instrumento de revelar aspectos da personalidade que se associam a certas patologias, vale ressaltar que os testes projetivos, antes de tudo, anunciam características do funcionamento psíquico de um determinado sujeito, que, em grande parte deles, serão compreendidas a partir das teorias psicodinâmicas. Com base nisso é que Werlang e Cunha (1993) salientam que todas as técnicas projetivas revelam material dinâmico, normal ou patológico, através da projeção. Em função destes fundamentos, responsáveis pela concepção destes instrumentos, acredita-se que, em se tratando de testes projetivos, sempre haverá uma manifestação do mundo interno do sujeito, tanto de seus componentes adaptativos quanto dos não-adaptativos e disfuncionais (Fensterseifer & Werlang, 2008).

No que se refere à caracterização dos testes projetivos, Anzieu (1981) propõe uma subdivisão, considerando os sentidos principais ou sentidos básicos deste tipo de instrumento: 1) o sentido da ação física, em que os testes favorecem a descarga sobre o material apresentado ao sujeito de tudo aquilo que este recusa ser, que vivencia em si mesmo como mau ou com pontos vulneráveis; 2) o sentido matemático, que leva o sujeito a produzir um protocolo de respostas de tal modo que a estrutura deste corresponde à estrutura de sua personalidade; 3) o sentido da ótica, em que o teste projetivo funciona como um raio X, atravessando o interior da personalidade e fixando a imagem do seu núcleo secreto sobre um revelador (teste), permitindo, assim, sua fácil leitura (interpretação do protocolo). Dessa forma, o latente torna-se manifesto, ou seja, o interno é trazido à superfície. Vale destacar, em tempos de exigência de rigor científico aplicado a todo e qualquer instrumento psicológico, que destas perspectivas apresentadas por Anzieu (1981), a segunda, a matemática, anuncia e fundamenta a qualidade psicométrica das técnicas projetivas.

Apresentadas e descritas as premissas centrais, presentes em qualquer técnica projetiva, é certo que assim como é possível fazer com os testes psicométricos, os projetivos também podem ser novamente agrupados, em função de algumas particularidades. Sendín (2000) propõe uma classificação para as técnicas projetivas, dividindo-as em associativas, temáticas, expressivas e construtivas. As associativas são aquelas em que o estímulo se apresenta de forma verbal, mediante palavras, frases ou contos, em que o sujeito deve responder com associações livres. O mais antigo representante desta categoria é o teste de Associação de Palavras de Jung e, entre outros representantes, estão os testes que se centralizam em contextos de Fábulas. Nas técnicas temáticas, o estímulo é visual e geralmente apresenta cenas ambíguas e conteúdos humanos ou animais, com o objetivo de que o sujeito narre uma história a partir desse estímulo. Sem dúvida, o grande representante das técnicas temáticas é o Teste de Apercepção Temática – TAT. Na classificação como expressivas estão aquelas que não pressupõem um estímulo prévio, e sim solicita-se ao examinando que desenvolva uma cena dramática (psicodrama) ou realize um desenho (provas gráficas tipo Desenho da Figura Humana e Teste da Casa-Árvore-Pessoa – HTP). Por fim, a autora descreve as técnicas que denomina de construtivas, que, embora sejam as menos utilizadas, consistem em solicitar ao sujeito que estruture uma tarefa a partir de uma série de materiais que são oferecidos a ele. Como exemplos destas técnicas estão o Teste da Aldeia Imaginativa e o Jogo Universal.

Com base no exposto até aqui fica explícito a importância das técnicas projetivas a partir de seu valor comprovado pela prática clínica, evidenciando-se a necessidade de um maior investimento nelas. Mesmo que sua utilidade seja, ainda, motivo de controvérsias entre os profissionais que trabalham na área de avaliação psicológica, o que se percebe, na prática, é que os testes projetivos possibilitam um valioso acesso a aspectos da personalidade do sujeito e do seu funcionamento psíquico, contribuindo para o entendimento deste e gerando importante material de trabalho clínico.

Os testes projetivos para crianças

Um dos grandes pontos fortes dos testes projetivos, considerando-se o que fundamenta o fenômeno da projeção, discutido amplamente até aqui, é o fato de permitir que a pessoa fale dela e de suas questões internas, sem que se sinta ameaçada por isso, uma vez que projeta estes elementos em algo externo – o estímulo do teste, por exemplo. Quando se utiliza este tipo de instrumento com crianças, um novo e importante fator se

soma a este, dando destaque a estas técnicas, no contexto da avaliação e do atendimento infantil: a possibilidade de se tornarem um veículo de comunicação entre o profissional e a criança, que dispõe de menos recursos orais e verbais para se expressar, se comparada ao adulto. A característica lúdica envolvida nos testes projetivos – contar histórias, desenhar, etc. – possibilita uma via mais fácil de comunicação entre examinando e examinador. Dessa forma, também com crianças, objetiva-se que os estímulos das técnicas projetivas permitam a obtenção de um rico material sobre suas percepções e interpretações da realidade. Além disso, os testes projetivos revelam os pensamentos, os sentimentos e as atitudes que as crianças têm sobre diversos aspectos do seu mundo, sendo, também por isso, de grande importância e utilidade para a compreensão destas.

A vida interna de uma criança e as concepções e teorizações sobre o desenvolvimento e a constituição de sua personalidade tendem a ser discutidas a partir do entendimento de seus primeiros anos de vida. A psicanálise, teoria de interesse no presente estudo, preconiza que faz parte da vivência infantil uma grande intensidade de sentimentos e moções pulsionais, com as quais a criança deve lidar. Quando por algum motivo, ela não tem recursos suficientes para enfrentar as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento que são, muitas vezes, potencializadas por um ambiente conflitivo, esta pode passar a manifestar sintomas ou comportamento disfuncionais. Neste contexto é que se inserem os processos de avaliação psicológica de crianças, na tentativa de compreensão do que se passa com elas e, ainda, na perspectiva da avaliação projetiva, o entendimento de como elas expressam seu mundo interno e suas vivências mais singulares que vão compondo a sua personalidade ao longo dos anos de vida.

Um ponto importante que pode ser observado quando se fala em avaliação de aspectos da personalidade infantil refere-se ao nível de compreensão que se tem do que é esperado em termos evolutivos e do que é indicativo de psicopatologia na infância, ainda mais quando se trabalha com uma personalidade em construção, como no caso de crianças. Neste sentido, Sendín (2000) destaca que a população infantil apresenta algumas peculiaridades em termos dos procedimentos de avaliação, sendo cada vez mais complexos quando se pensa nesta etapa do desenvolvimento. São vários os cuidados que se deve ter neste sentido, a começar pelo número maior de atores envolvidos quando se faz uma avaliação de criança. A família, a escola e seu contexto social também fazem parte do processo. Além disso, conforme mencionado, os aspectos evolutivos devem ser levados em conta, pois a criança está em constante evolução e seu funcionamento psicológico apresenta sempre aspectos próprios e determinados por seu momento de desenvolvimento.

Outra questão importante de se considerar é que as conclusões de um processo de avaliação infantil não podem ser consideradas completamente definitivas devendo-se, também, ter cuidado com a identificação de indicadores de transtorno psíquico. Muitas vezes eles aparecem de forma bastante diferente do que é manifesto no adulto e, um exemplo disso pode aparecer na manifestação de depressão na infância, em que a sintomatologia mais frequente se expressa por meio de irritabilidade e inquietação, diferentemente de um quadro de apatia e humor mais depressivo, como ocorre em adultos. Ainda nesta mesma direção, tentando compreender o processo de avaliação psicológica na infância, bem como o uso de instrumentos projetivos, Radin e Haworth (1966) salientam que, nesta etapa do desenvolvimento, a criança ainda apresenta uma personalidade difusa e lábil. Além disso, ela funciona de forma mais concreta, tem uma maior tendência à ação imediata – expressando suas emoções de forma mais direta e aberta – e o seu processo de individuação e socialização ainda está em construção. Estas questões devem ser levadas em conta principalmente porque a conduta e o psiquismo das crianças estão sujeitos às leis do crescimento, e fatos como estes podem interferir diretamente nas interpretações que são fruto de um processo de avaliação, ainda mais quando este inclui testes projetivos. As ressalvas apontadas por estes autores sinalizam para uma conduta prudente que deve ser adotada em processos de avaliação, não apenas de crianças, mas, aqui, fala-se delas em particular. Se por um lado há que se considerar, sempre, nos resultados de uma avaliação infantil, o fato de que o sujeito avaliado ainda está em franco processo de desenvolvimento e constituição, por outro, não se pode e não deve subestimar a capacidade do instrumental psicológica de aferir sobre os processos psicológicos. Assim, talvez a receita seja a relativização dos resultados, que devem sempre considerar o processo dinâmico de funcionamento dos sujeitos, em especial, das crianças.

A partir disso, o que pode ficar evidenciado neste contexto é uma preocupação de profissionais que trabalham com avaliação psicológica de crianças – especialmente os que se utilizam, para isso, de testes projetivos – muito mais voltada para o entendimento de como determinada criança está funcionando em termos psíquicos, do que propriamente em fazer um diagnóstico psicopatológico da mesma, embora se saiba que alguns aspectos bastante desadaptativos também fazem parte do mundo infantil. Trabalhar com avaliação de crianças coloca um desafio constante no entendimento de características normais dentro do desenvolvimento e àquelas que tendem a uma patologia, que também devem ser olhadas e trabalhadas na clínica. O que parece evidente é a necessidade de se trabalhar com instrumentos confiáveis, mas, para além disso, ter ciência de que o profissional que os

utiliza deve estar preparado clinicamente para o manejo deste instrumental. De nada adianta um bom instrumento diagnóstico na infância, se o profissional não tem conhecimento e aporte clínico para lidar com os dados que ele produz. E, além disso, é fundamental saber como lidar com as características de personalidade da criança que aparecem como desadaptativas e que podem levar a um transtorno mental, ainda na infância.

Como possibilidades de testes projetivos aplicados ao contexto infantil, têm-se os instrumentos gráficos (de fazer desenhos) e os verbais (associativos, de contar histórias e de completamento de histórias ou palavras). Os testes gráficos, de desenhos (Teste das Garatujas, Desenho da Figura Humana, Desenho da Família), fazem parte do jogo infantil e são uma das atividades lúdicas mais aceitas pelas crianças, que geralmente reagem com prazer e entusiasmo, lançando-se espontaneamente à tarefa de desenhar (Bell, 1964; Rabin & Haworth, 1966). Através do desenho as crianças utilizam uma forma de linguagem simbólica que proporciona uma compreensão rica de conteúdos da personalidade. Os desenhos são um testemunho direto da projeção da criança, onde aparecem suas questões físicas, emocionais e sociais, que precisam ser elaboradas no seu processo de desenvolvimento (Anderson & Anderson, 1966). A administração de desenhos, enquanto técnica é simples, rápida e não exige materiais complexos. Além disso, possibilita que a criança passe mais facilmente para a expressão verbal dos seus conteúdos internos (Rabin & Haworth, 1966).

Outra possibilidade de instrumento projetivo para crianças são os chamados testes verbais, que podem incluir diversos tipos de estímulos. Neste sentido, encontram-se os testes em que o estímulo é: a) histórias incompletas que exigem que a criança elabore um final para elas (Fábulas de Düss, Teste das Fábulas, Contos de Madeleine Thomas); b) imagens pictóricas que retratam situações do cotidiano ou personagens da literatura infantil em que a criança deve organizar uma história com começo meio e fim ou deve responder a certas perguntas (Testes Aperceptivos Temáticos – CAT-A, CAT-H, Teste de Montagem de Cenas – MAPS, Teste de Contos de Fadas) e c) imagens abstratas como as manchas de tintas em que a criança precisa usar sua capacidade associativa para responder com o que o estímulo se parece (Teste de Rorschach). Embora completar ou narrar histórias, responder a perguntas, ou identificar com o que o estímulo se pareça possa ser um pouco prejudicado pelo desenvolvimento lingüístico das crianças, estas técnicas podem facilitar a obtenção de dados de grande valor clínico na determinação de conflitos, ansiedades, desejos, temores, necessidades, impulsos e estados emocionais do psiquismo infantil. Dessa forma, Rabin e

Haworth (1966) entendem que este tipo de teste aproxima-se da vida de fantasia da criança, de um modo mais natural, e explora o seu mundo interior e os aspectos de sua vida cotidiana a partir da utilização de sua imaginação criativa.

Considerando estas questões, é com base nesta realidade da avaliação psicológica de crianças com testes projetivos, que se torna emergente o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação ou a qualificação dos já existentes, que permitam conhecer o mundo infantil e suas manifestações.

Para finalizar

Parece pertinente enfatizar que a infância é uma fase crucial para o desenvolvimento dos sujeitos. Portanto, poder contar com instrumentos capazes de avaliar potencialidades, dificuldades e conflitos nesta fase da vida, é por si só, de grande relevância e importância. Neste sentido, o que se pretendeu, na presente seção, foi contextualizar, de maneira geral, os testes para a avaliação psicológica de crianças, sob o enfoque projetivo entendendo que o uso destes instrumentos facilita a comunicação e a interação entre a criança e o psicólogo (atividade proposta como um jogo/brincadeira) e permite acessar aspectos inconscientes trazendo à tona aquilo que faz parte do mundo interno da criança e das suas vivências mais singulares.

Acredita-se que, pela projeção, uma criança pode expressar o que sente e pensa. Assim, o teste projetivo pode ser considerado um facilitador/mediador que possibilita ao psicólogo compreender a dinâmica do funcionamento psíquico infantil, mas sempre sem perder de vista a idade, a fase desenvolvimental, a capacidade cognitiva e o meio familiar e social em que a criança está inserida.

Referências Bibliográficas

- Abt, L. E. (1967). Una teoría de la psicología proyectiva. In: L. E. Abt & L. Bellak (Orgs.). Psicología Proyectiva, (pp. 37-53). Buenos Aires: Paidós.
- Anderson & Anderson (1966). Técnicas proyectivas Del diagnostico psicológico. Madrid: Rialps.
- Anzieu, D. (1981). Os Métodos Projetivos. Rio de Janeiro: Campus.
- Bandeira, D. R., Trentini, C. M., Winck, G. E., Lieberknecht, L. (2006). Considerações sobre as técnicas projetivas no contexto atual. In: A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, F. F. Sisto (Orgs.). Facetas do Fazer em Avaliação Psicológica, (pp. 125-139). São Paulo: Vetor.

- Bell, J. E. (1964). Técnicas proyectivas: exploración de la dinámica de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. (1967). Sobre los problemas del concepto de proyección. In: L. E. Abt & L. Bellak (Orgs.). Psicología Proyectiva, (pp. 25-36). Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. (1979). El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT. México: El Manual Moderno.
- Cohen, R. J. & Swerdlik, M. E. (2001). Pruebas e evaluación psicológica. Introducción a las pruebas y a la medición. México: Mc GrawHill.
- Cunha, J. A. & Nunes, M. L. T. (2010). Medida Projetiva. In: L. Pasquali (Org.). Instrumentação Psicológica: fundamentos e prática, (pp. 357-375). Porto Alegre: Artmed.
- DeMers, S. T., Turner, S. M., Andberg, M., Foote, W. Hough, L., Ivnik, R., Meier, S., Moreland, K. & Rey-Casserly, C. M. (2000). Report of Task Force on Test User Qualifications (pp. 17-21). Washington: American Psychological Association.
- Fensterseifer, L. & Werlang, B. S. G. (2008). Apontamentos sobre o status científico das técnicas projetivas. In: A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang (Orgs.). Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica, (pp. 15-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Formiga, N. S. & Mello, I. (2000). Testes Psicológicos e Técnicas Projetivas. Psicologia: Ciência e Profissão, 20 (2): 12-19.
- Freud, S. (1911/1969). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de un caso de paranóia. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standards brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 12, pp. 23-115). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1974). Totem e Tabu. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standards brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 13, pp. 20-123). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1894/1987a). As neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standards brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 3, pp. 51-72). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1896/1987b). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (Vol. 3, pp. 157-173). Rio de Janeiro: Imago.
- Hogan, T. P. (2004). Pruebas psicológicas. Una introducción práctica. México: Manual Moderno.

- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1997). Vocabulário de Psicanálise. (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Nunnally, J. (1973). Introducción a la medición psicológica. Buenos Aires: Paidós.
- Pasquali, L. (2003). Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2004). Personalidade: teoria e pesquisa. Porto Alegre: Artmed.
- Rabin, A. I. & Haworth, M. R. (1966). Técnicas proyectivas para niños. Buenos Aires: Paidós.
- Rapaport, D., Gill, M. M. & Schafer, R. (1972). Diagnostic psychological test. New York: International University Press.
- Schultz, D. & Schultz, S. E. (2002). Teorias da Personalidade. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Sendín, M. C. (2000). Diagnóstico Psicológico: bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínicos y educativo. Madrid: Psimática.
- Shneidman, E. S. (1965). Projective Techniques. In: B. B. Wolman (Org.). Handbook of Clinical Psychology, (pp. 498-521). New York: McGrawHill.
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Villemor-Amaral, A. E. (2006). Desafios para a cientificidade das técnicas projetivas. In: A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.). Facetas do fazer em avaliação psicológica, (pp. 163-172). São Paulo: Vetor.
- Werlang, B. S. G. & Cunha, J. A. (1993). Avaliação da Personalidade sob o enfoque Projetivo. In: J. A. Cunha (Org.). Psicodiagnóstico-R, (pp. 123-129). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Werlang, B. S. G., Villemor-Amaral, A. E. & Nascimento, R. S. G. F. (2010). Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In: Conselho Federal de Psicologia/CFP (Org.). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão, (pp. 87-99). Brasília: CFP.

SEÇÃO II

Teste dos Contos de Fadas – TCF

Introdução

Os contos de fadas, de maneira geral, têm sido fonte de rica inspiração para o trabalho da psicologia. Através deles tem sido possível desenvolver abordagens avaliativas e terapêuticas com crianças, na perspectiva de conhecê-las e de compreendê-las, tanto do ponto de vista de seu mundo interno quanto de suas vivências externas. Os contos, como narrativas, permitem a proximidade entre a fantasia e o mundo real de uma forma lúdica e, ao mesmo tempo, abordam temáticas fundamentais para a estruturação psíquica das crianças.

Ao longo das fases do desenvolvimento infantil, a criança atravessa períodos de grande intensidade emocional e, muitas vezes, passa por momentos que lhes despertam importantes e diferentes sentimentos, como medo, angústia e ansiedade. A criança tem como tarefa buscar formas de lidar com este turbilhão de emoções e, para isso, deverá contar com seus recursos psicológicos.

Considerando-se os fundamentos da teoria psicanalítica, que explicitam que para lidar com o que está do lado de fora, inevitavelmente é preciso lidar com o que está do lado de dentro, entende-se por que vários estudiosos dedicam-se ao estudo, à compreensão e à intervenção com crianças, através dos contos de fadas. Os contos podem funcionar, muitas vezes, como ritos de passagem, auxiliando a criança a lidar não somente com o presente, mas também com o que está por vir. Os aspectos lúdicos e pedagógicos envolvidos nos contos deixam que venham à tona os desejos, as fantasias e as manifestações da sexualidade infantil, oportunizando à criança o aprendizado e o contato com estratégias de enfrentamento das dificuldades e adversidades, que, apesar de externas a ela – afinal, são histórias – aplicam-se perfeitamente aos seus conflitos internos. Nesta perspectiva, conforme expressa Radino (2003), os contos têm, ainda, a importante função de proteger as crianças de seus maiores temores, uma vez que oportunizam a elas a vivência destes últimos, sem fazer, contudo, com que se sintam ameaçadas, já que tratam de personagens e de histórias (algo externo), e não delas próprias.

Com base em aspectos históricos e culturais, os contos de fadas se fazem presentes, certamente, como forma de narrativas imaginárias e fantásticas. A possibilidade da criação de um recurso de transmissão oral que conte com um enorme rol de significados sociais e culturais, e o estímulo ao exercício da capacidade imaginativa e simbólica do ser humano

são algumas das principais finalidades dos contos (Werlang & Macedo, 2008). Ao relacionar esta questão – a riqueza das possibilidades geradas pelos contos de fadas – com o embasamento psicanalítico, é possível compreender os “significados simbólicos dos contos de fadas aos eternos dilemas e conflitos que o homem enfrenta ao longo de seu desenvolvimento” (Werlang & Macedo, 2008, p. 186). Desse modo, este tipo de narrativa vem sendo utilizada como estratégia de avaliação e terapêutica com crianças, por se acreditar que os contos podem ser ótimas ferramentas que refletem aspectos normais e patológicos do desenvolvimento infantil. Além disso, conforme explicita Bettelheim (2001), os contos atingem todos os níveis da personalidade humana, a partir do momento em que transmitem mensagens simbólicas e significados manifestos e latentes.

Bettelheim (2001) dedicou boa parte de seus estudos às relações entre os contos de fadas e a psicanálise, afirmando que os contos tornam-se fundamentais a partir do momento em que disponibilizam às crianças uma forma simbólica para lidarem com os conflitos típicos de seu desenvolvimento, com seus dilemas existenciais. Através dos contos, as crianças podem encontrar soluções para suas próprias questões, no momento em que contemplam as histórias. Assim, os conflitos passam a ser vistos de fora, fazendo com que os problemas passem a ser mais fáceis de ser enfrentados (Corso & Corso, 2006). Nesta perspectiva, os contos funcionam como metáforas de processos que as crianças vivem inconscientemente (Radino, 2003). Sem dúvida, como afirmam Coulacoglou e Souyouldjoglou (2005), os contos de fadas fazem parte do imaginário das crianças, enfocando temas que contêm verdades universais e refletem valores tradicionais, tais como amor, amizade, inveja, ajuda, violência, morte, ressurreição, dentre outros.

Foi com base no entendimento dos contos de fadas e nos pressupostos psicanalíticos que surgiu o Teste dos Contos de Fadas/TCF, tendo sido desenvolvido na Grécia, por Carina Coulacoglou (1995), em sua tese de doutorado, no ano de 1993. Esta autora utilizou os contos de fadas da literatura infantil para organizar uma técnica projetiva associativa e temática, que possibilita compreender diversas dimensões da personalidade de crianças com idades entre 6 e 11 anos, com base na teoria psicanalítica. O TCF é um instrumento temático porque contempla diversos temas, tais como sentimentos de privação, rejeição, preocupação sexual, dentre outros, mas também é um teste associativo, em que a criança associa uma característica a uma história particular (Coulacoglou, 2008).

O TCF apresenta, então, subsídios importantes para o conhecimento do desenvolvimento da dinâmica da personalidade infantil, do relacionamento interpessoal e do funcionamento familiar de crianças (Coulacoglou & Souyouldjoglou, 2005). A partir

desta configuração, pode-se classificar o TCF como um instrumento aperceptivo temático, no momento em que explora os processos perceptivos subjetivos, que são sempre embasados e transformados pela experiência passada do sujeito (Bellak 1967, 1979). Ainda, como técnica projetiva, o TCF lança mão do conceito de projeção, entendido como um mecanismo que facilita a expressão de algo interno, no exterior. Portanto, quando se projeta alguma coisa na realidade externa, está se projetando alguns aspectos que são desconhecidos pelo sujeito – inconscientes – e, ao mesmo tempo, alguns aspectos que fazem parte de sua consciência (Freud, 1913[1912]/1974). Neste contexto, o TCF possibilita que os contos de fadas facilitem a projeção das fantasias inconscientes e universais das crianças.

Com base no que foi exposto até então, esta seção tem como principal objetivo apresentar o Teste dos Contos de Fadas, contextualizando a sua origem e a sua base teórica, descrevendo sua configuração, forma de administração e proposta de avaliação. Neste sentido, esta seção enfocará todos os dados relativos ao principal instrumento de avaliação psicológica envolvido na elaboração desta tese de doutorado.

Descrição do Teste dos Contos de Fadas

O TCF é composto por 21 cartões com personagens e imagens de cenas vinculadas a, basicamente, três contos de fadas (Chapeuzinho Vermelho, Branca de Neve e João e o Pé de Feijão), agrupados em sete séries, compostas por três cartões cada (ver Quadro 1). Os cartões apresentam desenhos de personagens dos contos de fadas referidos acima e cenas de duas destas histórias.

Quadro 1. Composição da série de cartões do Teste Contos de Fadas, na ordem de apresentação, quando da administração do instrumento.

Serie de Personagens	Número de Cartões
Chapeuzinho Vermelho	3 cartões (I, II, III)
Lobos	3 cartões (I, II, III)
Anões	3 cartões (I, II, III)
Bruzas	3 cartões (I, II, III)
Gigantes	3 cartões (I, II, III)
Série de cenas	Número de Cartões
Chapeuzinho Vermelho	3 cartões (I, II, III)
Branca de Neve e os sete anões	3 cartões (I, II, III)

Fonte: Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008.

Os personagens que constam nos cartões são popularmente conhecidos e vêm desenhados em três versões: duas delas retratam os traços mais típicos e conhecidos desses personagens, que são historicamente divulgados nos livros e/ou filmes infantis, enquanto a terceira versão é mais rara e pretende estimular o surgimento de respostas originais, positivas ou negativas. Os cartões com cenas são das histórias do Chapeuzinho Vermelho e da Branca de Neve.

Em relação à sua aplicação, o TCF é administrado individualmente, em um único encontro, de aproximadamente 45 minutos. Antes da administração, o examinador deve verificar a familiaridade da criança com os contos que estão presentes no teste. Portanto, é essencial que a criança conheça, principalmente, a história do Chapeuzinho Vermelho, da Branca de Neve e alguma história de gigantes, como, por exemplo, João e o Pé de Feijão ou O Pequeno Polegar. Se a criança não estiver familiarizada com os contos acima mencionados, aconselha-se remarcar a administração do teste para dali a uma semana, após a explanação do conto.

Diferentemente de outras técnicas temáticas, a proposta do TCF não é a de propor ao sujeito que conte histórias, mas sim que responda a algumas perguntas sobre os estímulos, uma vez que o conto, motivo do estímulo, já existe, os personagens são conhecidos e fazem parte, de alguma maneira, da realidade diária das crianças. Assim, as instruções do teste tratam de um jogo a ser jogado em colaboração com o avaliador: "Nós vamos jogar um jogo com um dos heróis de um conto de fadas. Eu vou te fazer algumas perguntas e gostaria de ouvir a tua opinião". Os cartões são apresentados na ordem padrão (da esquerda para a direita da criança), um conjunto de cada vez, com o restante dos cartões mantidos fora do alcance da criança. Mediante a apresentação de cada conjunto, o personagem específico de cada cartão apresentado deve ser enfatizado: "Aqui nós temos Chapeuzinho Vermelho. O que cada uma delas pensa/sente?" ou "Estes são três anões. O que cada um deles pensa/sente?". Durante a aplicação do teste, pede-se que a criança escolha um personagem de cada vez e um conjunto de perguntas é realizado (ver Quadro 2), devendo-se anotar estas questões e, também, todos os comentários da criança, referências pessoais, mudanças na ordem dos cartões ou qualquer comportamento que possa ser útil a uma análise posterior. As respostas devem ser registradas pelo examinador em um protocolo próprio do teste (Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b).

Quadro 2. Perguntas realizadas nas sete séries de cartões do Teste Contos de Fadas, quando da administração do instrumento.

Série de Personagens	Perguntas
Chapeuzinho Vermelho	<ul style="list-style-type: none"> - O que cada uma pensa e sente? - Qual das três é Chapeuzinho Vermelho do conto? Por quê? - Qual das três você comeria se fosse o lobo? Por quê?
Lobos	<ul style="list-style-type: none"> - O que cada um pensa e sente? - Qual dos três lobos é o do conto Chapeuzinho Vermelho? Por quê? - Qual dos três te dá mais medo? Por quê?
Anões	<ul style="list-style-type: none"> - O que cada um pensa e sente? - Qual dos três anões é o do conto da Branca de Neve? Por quê? - Qual dos três anões você gostaria que se casasse com a Branca de Neve? Por quê?
Bruxas	<ul style="list-style-type: none"> - O que cada uma pensa e sente? - Qual das três bruxas é a dos contos? Por quê? - Qual das três te dá mais medo? Por quê? - Qual é a Bruxa mais malvada? Por quê? - O que pode fazer uma bruxa malvada? - Qual é o nome das bruxas?
Gigantes	<ul style="list-style-type: none"> - O que cada um pensa e sente? - Qual dos três é o gigante dos contos? Por quê? - Qual dos três te dá mais medo? Por quê? - Qual é o gigante mais malvado? Por quê? - O que pode fazer um gigante malvado? - Qual é o nome dos gigantes?
Série de cenas	Perguntas
Chapeuzinho Vermelho	<ul style="list-style-type: none"> - Descreva cada desenho - Com qual desenho termina o conto? Por quê? - Com qual desenho você gostaria que o conto terminasse? Por quê?
Branca de Neve e os sete anões	<ul style="list-style-type: none"> - Descreva cada desenho - Com qual desenho termina o conto? Por quê? - Com qual desenho você gostaria que o conto terminasse? Por quê?

Fonte: Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008.

As histórias trazidas pelo TCF refletem, por exemplo, temas, como afeto, inveja, agressão e violência, oralidade, sexualidade, narcisismo, relacionamento mãe e filho, sentimentos edipianos, rejeição, morte, ressurreição e renascimento. O Quadro 3 demonstra os temas e conflitos específicos de cada cartão do teste.

Quadro 3. Temas e Conflitos eliciados na Série de Cartões do Teste Contos de Fadas.

Série de Cartões	Temas e Conflitos
Chapeuzinho Vermelho	Conflito entre a autonomia e a obediência à autoridade, autoimagem, sentimentos sexuais, ansiedade de separação, formas de lidar com o perigo.
Lobo	Conflito entre controlar ou liberar seus próprios desejos, conflito entre a agressão e o superego, necessidades orais, dominância.
Anão	Medo de possíveis perigos/insegurança. Necessidades afetivas, formas de lidar com o perigo, autoimagem.
Bruxa	Relacionamento mãe-filho, sentimentos narcisistas, rivalidade entre irmãos, sentimentos edipianos, superego, agressão (mais frequentemente agressão como inveja/ciúme), dominância/ambições, autoimagem.
Gigante	Agressão (mais frequentemente Dominância, Tipo A), necessidades orais, autoimagem, sentimentos sexuais, relacionamento pai-filho.
Cenas da Chapeuzinho Vermelho	Imagem materna, severidade do superego, conflito entre prazer e restrições morais, ansiedade de separação, depressão.
Cenas da Branca de Neve	Relacionamento homem-mulher, Relacionamento pai-criança, ansiedade de separação, conflito entre a autonomia e a obediência ao pai, conflito entre envelhecer e permanecer criança.

Fonte: Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008.

O que o Teste dos Contos de Fadas avalia?

Coulacoglou (2008) propõe a análise de 30 variáveis (ver Quadro 4) que podem ser identificadas nas respostas dadas ao teste. Estas variáveis estão alocadas em 5 grupos maiores, denominados pela autora de componentes da personalidade: Desejos e Necessidades (Desejo por coisas Materiais, Desejo de Superioridade, Desejo de Ajudar, Necessidades Orais, Necessidade de Afiliação, Necessidade de Aprovação, Necessidade de Afeto, Necessidade de Proteção); Impulsos (Preocupação Sexual, Bizarro, Agressão Oral, Agressão Impulsiva, Agressão como Dominância, Agressão Instrumental, Agressão como Defesa, Agressão como Retaliação, Agressão por Inveja e Agressão por Ciúme), Relações Objetais (Relação com a mãe e Relação com o pai), Estados Emocionais (Medo de

Agressão, Ansiedade, Depressão) e Funções do Ego (Ambivalência, Autoestima, Moralidade, Senso de Propriedade, Senso de Privacidade, Adaptação ao Conteúdo do Conto e Repetição).

Quadro 4. Configuração das Variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do Teste dos Contos de Fadas/TCF, conforme os cinco Componentes da Personalidade.

Componentes da Personalidade	Variáveis	Intensidade das Variáveis
Desejos e Necessidades	1) Desejo por coisas materiais (DCM)	1, 2, 3
	2) Desejo de Superioridade (DSup)	1, 2, 3
	3) Desejo de Ajudar (DA)	1, 2, 3
	4) Necessidades Orais (NO)	1, 2, 3
	5) Necessidade de Afiliação (NAfil)	1, 2, 3
	6) Necessidade de Aprovação (NApr)	1, 2, 3
	7) Necessidade de Afeto (NAft)	1, 2, 3
	8) Necessidade de Proteção (NPro)	1, 2, 3
Impulsos	9) Preocupação Sexual (PSex)	1, 2, 3
	10) Respostas Bizarras (B)	Presença ou ausência
	11) Agressão Oral (AO)	1, 2, 3
	12) Agressão Impulsiva (AgrImp)	1, 2, 3
	13) Agressão como Dominância (AgrDom)	1, 2, 3
	14) Agressão Instrumental (AgrIns)	1, 2, 3
	15) Agressão como Defesa (AgrDef)	1, 2, 3
	16) Agressão por Inveja (AgrInv)	1, 2, 3
	17) Agressão por Ciúme (AgrCiu)	1, 2, 3
	18) Agressão como Retaliação (AgrRet)	1, 2, 3
Funções do Ego	19) Ambivalência (AMB) [Indecisão, Dúvida, Conflito, Alternativa, Hesitação, Incerteza]	1, 2, 3
	20) Auto Estima (AE)	-1 / +1
	21) Moralidade (Mor)	1, 2, 3
	22) Senso de Propriedade (SPro)	1, 2, 3
	23) Senso de Privacidade (SPriv)	1, 2, 3
	24) Adaptação ao Conteúdo do Conto (ACCF)	0, 1, 2, 3
	25) Repetição (Rep)	Presença ou ausência
Estados Emocionais	26) Medo de Agressão (MA)	1, 2, 3
	27) Ansiedade (Ans) [Perda, Doença, Dano, Insegurança, Rejeição, Castigo, Desaprovação, Trabalho Duro, Autoimagem, Morte, Solidão, Preocupação com os outros, Reprovação, Privação, Indiferença, Incapacidade, Proibição]	1, 2, 3
	28) Depressão (D)	1, 2, 3
Relações Objetais	29) Relação com a mãe (Rel/Mae)	-1 / +1
	30) Relação com o pai (Rel/Pai)	-1 / +1

Fonte: Coulacoglou (1995, 2002a, 2002b, 2008).

As variáveis que compõem o Sistema de Categorização de Respostas do TCF devem ser pontuadas com base na sua intensidade, seguindo instruções detalhadas pela autora do instrumento (Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008). A maioria delas é classificada numa escala de pontuação que varia entre 1 a 3, em que 1 significa baixa intensidade e 3 alta. Já no caso de certas variáveis, tais como Autoestima, Relacionamento com a Mãe e Relacionamento com o Pai, a pontuação é positiva (+1) ou negativa (-1), dependendo da natureza da resposta. Ainda, as Respostas Bizarras e Repetições são pontuadas como presentes ou ausentes (0 ou 1), e em relação à variável Adaptação ao Conteúdo do Conto, a pontuação atribuída varia de 0 a 3. Para esta última variável deve ser atribuída uma pontuação 0 quando nenhuma ação, qualquer que seja, estiver envolvida ou implicada na resposta, ou quando a criança responder: “Eu não sei” ou “Eu não lembro”, ou dá respostas “neutras”, sem significado.

Além da proposta interpretativa quantitativa, baseada na comparação do número de escores baixos *versus* os altos, o TCF oferece subsídios para realizar uma interpretação qualitativa que inclui: observações comportamentais da criança durante a aplicação do teste, comentários sobre as figuras, rejeição aos cartões, mudança na ordem dos cartões, nível de concentração da criança (dificuldade em ficar sentada, remexer-se, demonstrar impaciência) e sua habilidade verbal (gramática, sintaxe, vocabulário, palavras ou expressões idiossincráticas). Além disso, a interpretação qualitativa possibilita avaliar aspectos como continuidade das respostas entre os cartões de uma mesma série, respostas em primeira pessoa, interação entre os personagens e respostas contaminadas.

A integração do ego é outro importante elemento da análise qualitativa de um protocolo do TCF, pois revela o nível geral de funcionamento da criança. A avaliação das funções e da integridade do ego é realizada através da identificação dos mecanismos de defesa, da adaptação ao conteúdo dos contos de fadas, da resolução dada para o conflito e da quantidade de repostas bizarras e repetidas que aparecem no protocolo do sujeito avaliado. Especificamente sobre os mecanismos de defesa, observa-se que os mais frequentes nas respostas das crianças ao TCF são: anulação, negação, projeção, formação reativa, repressão, cisão, racionalização, identificação projetiva, regressão, deslocamento, compensação, agressão contra a própria pessoa, identificação com o agressor, introjeção, atuação e dissociação (Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008).

O Teste dos Contos de Fadas no Brasil

O TCF, originalmente grego, está atualmente em processo de adaptação em diversos países, como, por exemplo, México, Peru, Venezuela, Chile e Argentina, sendo que em vários países da Europa e, ainda na China, Turquia e na Rússia já está apto para ser utilizado. Os estudos de precisão e validade desenvolvidos pela autora na Grécia e em outros países são plenamente satisfatórios.

No Brasil, está em desenvolvimento um projeto de adaptação deste instrumento, sob a coordenação das professoras doutoras Blanca Susana Guevara Werlang e Mônica Medeiros Kother Macedo, da PUCRS. Para a operacionalização deste estudo estão sendo constituídas amostras de sujeitos provenientes dos Estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Goiás. Até o momento, o projeto de adaptação do TCF para o Brasil possibilitou a conclusão de duas Dissertações de Mestrado no ano de 2009, estando em fase final, para início de 2011, a presente Tese de Doutorado e mais três Dissertações de Mestrado. Estão em andamento, ainda, quatro projetos de Iniciação Científica e um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação. Todos os estudos desenvolvidos ou em desenvolvimento visam contribuir com o objetivo maior do trabalho, que busca identificar evidências de fidedignidade e de validade que garantam a qualidade psicométrica e possibilitem o uso deste instrumento projetivo infantil no território brasileiro.

Referências Bibliográficas

- Bellak, L. (1967). Sobre los problemas del concepto de proyección, una teoría de la distorsión aperceptiva. In L. E. Abt; L. Bellak, (Orgs.) Psicología proyectiva, (pp. 25-36). Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. (1979). El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT. México: El Manual Moderno.
- Bettelheim, B. (2001). A psicanálise dos contos de fadas. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Corso, D. & Corso, M. (2006). Fadas no Divã: psicanálise nas histórias infantis. Porto Alegre: Artmed.
- Coulacoglou, C. (1995). Teste de los Cuentos de Hadas. Madrid: TEA Ediciones.
- Coulacoglou, C. (2002a). Construct Validation of the Fairy Tale-Test-Standardization data. International Journal of Testing 2 (3, 4), 217-242.
- Coulacoglou, C. (2002b). Psychometrics & Psychological Assessment. 2 nd. Edition. Athens: Paparazisis.

- Coulacoglou, C. (2008). Exploring the Child's Personality: developmental, clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test. Springfield: Thomas Books.
- Coulacoglou, C. & Souyouldjoglou, M. (2005). The Fairy Tale Projective Test as a means to examine psychoanalytic interpretations of fairy tales (Turkish article). In: Yanstima/Projection: Psychopathology and Projective Tests. 2 (3-4), 173-189.
- Freud, S. (1913/1974). Totem e Tabu. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standards brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 13, pp. 20-123). Rio de Janeiro: Imago.
- Radino, G. (2003). Contos de fadas e realidade psíquica: a importância da fantasia no desenvolvimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Werlang, B. S. G. & Macedo, M. M. K. (2008). O teste dos Contos de Fadas. In: In: A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang (Orgs.). Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica, (pp. 183-192). São Paulo: Casa do Psicólogo.

SEÇÃO III

Estudo de evidência de validade com base na estrutura interna do Teste dos Contos de Fadas

Introdução

Há uma parcela significativa de psicólogos que utiliza testes como sua principal ferramenta de trabalho para aferir de forma precisa informações essenciais sobre determinado sujeito, tais como padrões de funcionamento, traços de personalidade, aptidões e habilidades. Os testes psicológicos constituem-se, então, componentes-chave em processos de avaliação psicológica, podendo ser definidos como procedimentos sistemáticos de medida, baseados em processos padronizados, que objetivam acessar características psicológicas dos indivíduos, em amostras de comportamento que sejam relevantes para o seu funcionamento cognitivo e/ou afetivo (DeMers *et al.*, 2000; Pasquali, 2003; Urbina, 2007). A partir disso, fica evidente que os testes são ferramentas, veículos de acesso a algo, meios para se alcançar um fim, e nunca um fim em si mesmos.

Nesta perspectiva, se inserem os testes projetivos com o objetivo maior de acessar e compreender os aspectos mais essenciais e dinâmicos da personalidade. Nesta mesma direção, se apresenta o Teste dos Contos de Fadas/TCF, compondo o rol de instrumentos projetivos, do tipo aperceptivo temático associativo. O TCF estimula, como propõem Coulacoglou e Souyouldjoglou (2005), os processos inconscientes, criando espaços para a expressão e a exploração dos sentimentos e das atitudes de crianças, com base na teoria psicanalítica.

Em relação ao uso de testes no Brasil, algumas publicações do Conselho Federal de Psicologia/CFP são marcos importantes na regulamentação da área de avaliação psicológica e no uso de instrumentos de avaliação na prática profissional: a Resolução nº. 002/2003 (CFP, 2003), a Cartilha de Avaliação Psicológica (CFP, 2007) e as Diretrizes na Regulamentação da Profissão – Avaliação Psicológica (CFP, 2010). A partir destes documentos, os testes devem conter alguns requisitos mínimos e obrigatórios para serem aprovados, comercializados e utilizados em nosso país. Para tanto, devem apresentar uma fundamentação teórica que o embasa as evidências empíricas de validade e de precisão das interpretações propostas para os escores do teste (propriedades psicométricas), justificando os procedimentos específicos adotados na investigação.

Um dos pontos nevrálgicos, em torno das questões da qualificação psicométrica dos instrumentos, centra-se na classificação que separa testes psicométricos de um lado e os

projetivos de outro. É sabido que ambos os tipos são importantes e necessários na composição das informações que organizam e possibilitam a execução de um processo de avaliação psicológica, mas há controvérsias a respeito de seu grau de cientificidade. Para que se possa promover apontamentos e discussões sustentadas sobre essa importante questão – talvez, um dos “tendões de Aquiles” da psicometria na atualidade – faz-se necessária a contextualização e a definição de um conceito central neste sentido: a validade.

O conceito de validade em psicometria tem ganhado destaque nos últimos tempos sendo considerada, no domínio dos testes psicológicos, uma das propriedades métricas mais importantes. A validade é a questão mais fundamental para o desenvolvimento e avaliação dos escores dos testes e de seus respectivos usos. Ela depende diretamente do construto que está sendo medido, dos aspectos que o representam e das evidências que se podem reunir para corroborar qualquer inferência feita sobre uma pessoa, a partir do resultado de testes (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Balbinotti, 2005; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Villemor-Amaral, 2009*). Daí é que vem a ideia de que a garantia de cientificidade dos instrumentos psicológicos deve ancorar-se em pesquisas empíricas sobre a validade, com a aplicação de métodos científicos adequados (*Boorsboom, Mellenbergh & van Heerden, 2004; Primi, Muniz & Nunes, 2009*).

Se um instrumento não possui validade, não é possível saber se as respostas produzidas por ele indicam efetivamente as características da pessoa. Não há segurança então, de que as interpretações sobre as características psicológicas dos indivíduos, sugeridas por suas respostas na testagem, sejam legítimas. Nessa situação, não se tem certeza sobre o que o instrumento psicológico efetivamente avalia e quanto bem ele faz isso, e, portanto, o seu uso na prática profissional pode ficar impedido tanto ética quanto tecnicamente (*Primi, Muniz & Nunes, 2009*). Considerando-se os instrumentos psicológicos como ferramentas que subsidiam o profissional psicólogo em sua tomada de decisão em relação ao sujeito e às questões avaliadas, ganha força a necessidade de não se ter dúvidas de que o teste realmente produz medidas sobre o que se propõe a medir.

Um marco importante na evolução do conceito de validade – dentre tantos outros – foi a última publicação dos *Standards*, de 1999, chegando-se ao consenso de que a validade é um conceito único, não existindo diferentes tipos de validade, mas sim diferentes aspectos (fontes de evidência), que podem ser utilizados na avaliação de possíveis interpretações de escores (*American Educational Research Association,*

American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Urbina, 2007). A partir desta última revisão dos Standards, a validade foi definida como se referindo “ao grau em que evidência e teoria sustentam as interpretações dos escores dos testes, vinculados aos usos propostos dos testes” (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999, p. 9).

Na seqüência das reformulações propostas pelos *Standards*, a expressão “tipos de validade” foi modificada para “fontes de evidência de validade”. Embora as terminologias de validade de conteúdo, de critério e de construto ainda sejam muito empregadas no meio científico, e as mais conhecidas no Brasil, a alteração proposta reforçou a existência da validade como um conceito único. Assim, cada evidência específica tem como objetivo buscar aspectos diferentes de um ponto conceitualmente único sobre como interpretar os escores de um teste (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999; Primi, Muniz & Nunes, 2009). Dessa maneira, as discussões contemporâneas sobre o parâmetro da validade centram-se na classificação das diferentes fontes de evidência de validade. A partir desta perspectiva, a primeira delas é a evidência com base no conteúdo, que levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste, investigando se estes consistem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o instrumento. A segunda é a evidência com base no processo de resposta, que parte do levantamento de dados sobre os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste. Refere-se à análise teórico-empírica das relações entre os processos mentais ligados ao construto que se pretende avaliar e as respostas aos itens do instrumento, ou seja, trata das propostas explicativas dos processos mentais subjacentes às respostas aos itens e à coerência entre as explicações produzidas e os dados empíricos. A terceira é a evidência com base na estrutura interna do teste, baseada nas correlações entre itens que avaliam o mesmo construto e entre subtestes que avaliam construtos similares. Essa evidência de validade enfoca as variáveis internas ao próprio teste, trabalhando na perspectiva da covariância entre partes do teste. A quarta fonte diz respeito às evidências com base na relação do instrumento com variáveis externas, tratando dos padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis que medem o mesmo construto ou construtos relacionados (convergência), e com variáveis que medem construtos diferentes (divergência). Esta fonte de evidência também oferece dados sobre a capacidade do teste de prever outros fatos ou fatores que se associam ao uso que se fará do teste. Como variável externa, pode-se

trabalhar, por exemplo, com variáveis-critério, ou seja, eventos importantes de serem previstos e que têm como um possível fator associado o construto medido pelo teste. E, finalmente, a quinta fonte é a evidência baseada nas conseqüências sociais intencionais e não intencionais da testagem e do teste, de forma a verificar se este está surtindo os efeitos desejados, de acordo com o propósito para o qual foi construído (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Nunes, 2009). Essas formulações teóricas inauguram uma nova forma de pensar e de investigar o conceito de validade dos instrumentos de avaliação psicológica.

Definidas as diferentes fontes de evidências de validade, a questão que se impõe é como decidir por este ou aquele tipo nos estudos e investigações da validade de um instrumento de avaliação psicológica. Segundo Primi, Muniz e Villemor-Amaral (2009), os diferentes estudos de validade devem ser feitos levando em conta os propósitos (descrição, classificação diagnóstica, predição, planejamento de intervenções e monitoramento) e contextos nos quais se pretende usar o instrumento, escolhendo, a partir disso, o tipo de evidência de validade mais adequado (Primi & Nunes, 2010).

Reforça-se, então, que a validade é um termo complexo e denso, que não engloba apenas um conceito único, e sim um conjunto de possibilidades que podem ser utilizadas para se inferir sobre a validade de um teste psicológico. Nesse sentido, esforços e estudos que apontem para a comprovação e a sustentação destas formulações terão pertinência e relevância asseguradas, especialmente no contexto mais amplo da avaliação psicológica, que se pauta nos processos cada vez mais exigentes e rigorosos de qualificação dos instrumentos.

Considerando esses apontamentos e entendendo que é de fundamental importância poder dispor de instrumentos adequados e confiáveis em relação ao que se quer avaliar, e que o TCF pode ser um valioso auxílio para o psicólogo clínico que trabalha com crianças em processos de avaliação psicológica, julga-se pertinente verificar suas qualidades psicométricas, adequando-o à nossa população e realidade. Para isso, esta seção apresenta um estudo de evidência de validade com base na estrutura interna das variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do TCF utilizando, para tanto, a análise fatorial. Para que este objetivo pudesse ser alcançado desenvolveu-se uma pesquisa quantitativa, de tipo transversal, incluindo-se na categoria de estudos instrumentais (de propriedades psicométricas), como expressam Montero e León (2005).

Método

Amostra

Para alcançar o objetivo proposto foi utilizada uma amostra de 482 crianças com idades entre 6 e 11 anos. Esta amostra incluiu um grupo de crianças da população geral (não clínico) e um grupo clínico, composto por crianças com diagnósticos médico-clínico, clínico-psiquiátrico e por crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Mais especificamente, o grupo não clínico (população geral) foi constituído por 315 crianças com idades entre 6 e 11 anos, meninos e meninas, que freqüentavam instituições escolares públicas e privadas da cidade de Porto Alegre. O grupo médico-clínico, clínico-psiquiátrico e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar (total de 167 crianças), foi localizado a partir de uma população (com as mesmas idades) de pacientes com diagnóstico já formulado, admitidos em instituições de saúde (internados e/ou em atendimento ambulatorial) e de sujeitos atendidos em instituições de proteção infantil.

O grupo amostral clínico foi constituído por pacientes com patologia médico-clínica, mais especificamente, 30 crianças com diagnóstico de Diabetes Mellitus, por crianças com diagnósticos psiquiátricos, sendo 28 crianças com Transtorno Depressivo, 23 com Transtorno de Conduta, 31 com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade/TDAH e 23 crianças com Transtornos da Aprendizagem. Ainda este grupo amostral clínico incluiu 32 crianças de vítimas de abuso sexual intrafamiliar.

Para a inclusão dos sujeitos no grupo clínico (167 crianças) os critérios foram: concordância dos pais e/ou responsáveis com a participação do filho(a) no estudo, ausência de comprometimento intelectual e apresentação de um dos diagnósticos ou situação de interesse, conforme descrito acima. Para a inclusão dos sujeitos no grupo não clínico – população geral (315 crianças) – os dois primeiros critérios foram os mesmos acompanhados de ausência de diagnóstico psicopatológico, médico e/ou de vivência de abuso sexual intrafamiliar.

Instrumentos

A fim de obter dados que caracterizassem os participantes do estudo foi utilizada, primeiramente, uma Ficha de Dados Sóciodemográficos (ver Anexo F), que continha informações sobre sexo, idade, história escolar e de saúde da criança, seu núcleo familiar e sua condição socioeconômica. Para excluir casos com suspeita de comprometimento intelectual foi administrado, de forma individual, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas

de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, Duarte, 1999) para os sujeitos com idades entre 6 e 11 anos e meio. A administração foi realizada seguindo as instruções usuais que constam no manual, prevendo-se uma duração média de 15 a 30 minutos. O Teste de Matrizes Progressivas foi desenvolvido originariamente pelo psicólogo J. C. Raven e foi criado como medida do fator "g", com base no referencial de Spearman. Como uma tarefa a ser cumprida, pode ser descrito como um teste de completamento e, em termos do tipo de item, é um teste de escolha entre soluções alternativas. O caderno a ser administrado é dividido em séries de matrizes ou desenhos que apresentam um problema introdutório, cuja solução é clara, fornecendo um padrão para a tarefa, que se torna progressivamente mais difícil. A Escala Especial compreende três séries (A, Ab, e B). As respostas são classificadas como positivas ou negativas e cada resposta certa recebe um ponto, e o total de pontos é o escore obtido pelo sujeito. Este escore é transformado em percentil através do uso de uma tabela específica em associação com a idade do sujeito, e assim poderá ser estimado o nível intelectual de cada participante da amostra.

Ainda, para a amostra médico-clínica, clínico-psiquiátrica e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar foi utilizado o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL (Bordin, Mari, Caieiro, 1995), respondido por todos os pais e/ou responsáveis pelos integrantes destes grupos amostrais. O CBCL apareceu originalmente em 1983, no *Manual for Child Behavior Checklist/4-16*, sendo revisado em 1991, abrangendo o período etário de 4 a 18 anos (Achenbach, 1991). A primeira versão foi traduzida para o português por Baptista, em 1989 (Bordin, Mari, Caieiro, 1995). A versão, usada no Brasil exigiu a adaptação da versão portuguesa e refere-se ao CBCL/4-18 e foi revisada por pessoa bilíngüe, com supervisão do próprio autor, “mantendo equivalência semântica e de conteúdo com o questionário original” (Bordin, Mari, Caieiro, 1995, p. 65). O CBCL é um questionário desenvolvido com rigor metodológico, que avalia competência social e problemas de comportamento, proporcionando boa abrangência de sintomas comuns na infância e na adolescência. Este instrumento tem sido utilizado internacionalmente em pesquisas, havendo versões em cerca de trinta idiomas. Bordin e colegas (1995) apresentam dados satisfatórios de vários estudos sobre sua fidedignidade e validade e desenvolveram uma pesquisa em que foi comprovada boa sensibilidade do instrumento (87%) para a identificação de sintomas e comportamentos disfuncionais, uma vez que conseguiu identificar 75% dos casos classificados como leves, em exame psiquiátrico, 95% dos moderados e 100% dos graves.

O instrumento alvo deste estudo foi o Teste dos Contos de Fadas, organizado por Coulacoglou (1995), e sua descrição detalhada encontra-se na Seção II, conforme abordado anteriormente.

Procedimentos para a coleta de dados

Para o desenvolvimento deste estudo e composição da amostra da população geral, foram realizados contatos com instituições escolares públicas e privadas de Porto Alegre, que possuíssem alunos com idade entre 6 e 11 anos, para obter a autorização necessária para a testagem das crianças. Previamente à administração dos instrumentos, foi encaminhada uma carta aos pais e/ou responsáveis pelos alunos (ver Anexo G) com o objetivo de explicar a natureza e relevância do trabalho a ser desenvolvido, bem como obter destes a autorização para a participação da criança. Além desta carta, também foi encaminhada a Ficha de Dados Sócio-demográficos (ver Anexo F) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo H) para os pais e/ou responsáveis pela criança. De posse do consentimento de participação e da ficha de dados, a administração dos instrumentos foi realizada de forma individual, em um encontro (Teste Raven e TCF), na própria instituição, durante o período escolar.

Para a coleta de dados das crianças dos grupos das amostras médico-clínica, clínico-psiquiátrica e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar, foram contatadas instituições hospitalares, clínicas-escola e instituições de proteção infantil, que atendessem crianças com os diagnósticos ou situações anteriormente mencionados. Esclarecimentos e reuniões com os coordenadores e/ou chefias destes locais foram particularmente importantes e necessárias para se estabelecer um plano adequado para a operacionalização do estudo. Assim, diante da concordância das instituições, os pais e/ou responsáveis dos pacientes foram inicialmente comunicados sobre o estudo pelo profissional responsável pelo atendimento e, caso concordassem em participar do mesmo, assinavam o Termo de Autorização (ver Anexo I), que constava da autorização dos mesmos para o encaminhamento do nome de seu filho à pesquisadora responsável por este estudo. De posse disso, era possível agendar uma entrevista com os pais e/ou responsáveis pela criança, na qual eram explicitadas a natureza e a relevância do trabalho a ser desenvolvido. Nesta entrevista também se assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo J), e se preenchia a Ficha de Dados Sócio-demográficos e o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL. Após a entrevista com os pais e/ou responsáveis, a criança foi submetida aos instrumentos (Teste Raven e TCF) em um único

encontro, na própria instituição em que o participante estava inserido. Vale destacar que as crianças também assinaram um Termo de Assentimento de participação no estudo (ver Anexo K).

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto maior de adaptação brasileira do Teste dos Contos de Fadas/TCF pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS (ver Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC (ver Anexo B). Ainda, o projeto de pesquisa desta tese foi analisado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS (ver Anexo C). A coleta dos dados de toda a amostra foi seguida da digitação das respostas de cada criança ao TCF, da classificação dos instrumentos e da inclusão dos dados em banco específico, para processamento e análise posterior.

Procedimentos para a análise dos dados

Todas as informações coletadas com os instrumentos aplicados foram organizadas em banco de dados, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versão 17.0. Inicialmente, para conhecer as características sociodemográficas, cognitivas e de confirmação de diagnósticos psicopatológicos e possíveis comorbidades dos integrantes das amostras clínicas, foi realizada uma análise descritiva dos dados, através de cálculo de frequências e porcentagens (conforme dados já descritos na Introdução desta Tese). Após a administração do Teste dos Contos de Fadas, todos os protocolos foram analisados e as verbalizações das crianças, para cada um dos 21 desenhos do teste, foram classificadas com base: 1) nas 30 variáveis do Sistema de Categorização de Respostas, subdivididas em 5 grupos de componentes da personalidade e 2) na identificação dos mecanismos de defesas, conforme os Quadros 4 (ver Seção II, p. 62) e 5 abaixo. É importante mencionar que neste estudo entendeu-se que era pertinente incluir os mecanismos de defesa como um agrupamento a ser incluído no Sistema de Categorização de Respostas e, portanto, passível de interpretação quantitativa e não só qualitativa, como é a proposta explicitada por Coulacoglou (1995, 2008) no estudo original.

Quadro 5. Configuração dos Mecanismos de Defesa incluídos, neste estudo, no Sistema de Categorização de Respostas do Teste dos Contos de Fadas/TCF para análise quantitativa.

Mecanismos de Defesa	Intensidade das Variáveis
Anulação Negação Projeção Formação Reativa Repressão Cisão Racionalização Identificação Projetiva Regressão Deslocamento Compensação Agressão contra a própria pessoa Identificação com o agressor Introjeção Acting out Dissociação	Presença ou ausência

Fonte: Coulacoglou (1995, 2002a, 2002b, 2008, 2009).

Para identificar a evidência de validade com base na estrutura interna das variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do TCF foi utilizada a análise fatorial exploratória, por componentes principais e rotação varimax, das respostas de todas as crianças da amostra (N=482) ao teste. A análise fatorial é um método criado para se descobrir agrupamentos de variáveis com base na estrutura interna de intercorrelações que, em certas condições, podem ser indicativos de dimensões psicológicas latentes (Villemor-Amaral & Primi, 2009). Neste sentido, ela pode ser aplicada ao TCF com o objetivo de se conhecer quais as variáveis dos 5 componentes da personalidade (definidos pela autora do teste) e quais os mecanismos de defesa que, agrupados, podem exemplificar características de personalidade das crianças da amostra (N=482). O aspecto mais importante, neste sentido, é verificar se os fatores extraídos (mesmo apresentando qualidades psicométricas aceitáveis) fazem sentido a partir da modelo teórico do teste.

Resultados e Discussão

Características Sociodemográficas

Considerando aspectos que caracterizam a amostra não clínica (estes dados mais detalhados são explanados na Introdução desta Tese) a partir da Ficha de Dados Sociodemográficos, observou-se que as 315 crianças da população geral foram localizadas em 13 escolas (8 escolas públicas e 5 escolas particulares). Dessas 315 crianças, 203

(64,4%) freqüentavam escolas públicas e 112 (35,6%) escolas particulares. A idade média das 315 crianças foi de 8,57 anos (DP=1,64), sendo 143 (45,4%) do gênero masculino e 172 (54,6%) do gênero feminino.

Em relação ao ano escolar que as crianças da amostra não clínica freqüentavam, o 2º (64, 20,4%) e o 4º (71, 22,3%) anos do Ensino Fundamental foram os mais prevalentes. Das 315 crianças a maioria, 298 (94,6%) não teve repetência escolar, resultado este em consonância com o fato de que, na opinião dos pais e/ou responsáveis um número expressivo delas apresenta um desempenho escolar entre ótimo (196, 62,6%) e bom (102, 32,6%). Ainda, o resultado obtido no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, aponta que todas as 315 crianças apresentaram capacidade intelectual na média ou acima da média neste teste, corroborando com os dados de desempenho escolar.

Sobre o núcleo familiar em que os participantes estão inseridos, os dados coletados revelam que a maioria (201, 63,8%) das crianças da população geral reside com o pai, com a mãe e com, pelo menos, um irmão. Em relação à classe socioeconômica deste grupo amostral não clínico a classe B (226, 71,7%) foi a mais prevalente.

Com relação à presença de doença física, das 315 crianças pesquisadas, a maioria não apresenta doença física (302, 95,9%). Das crianças que apresentam alguma doença física, 13 (4,1%) sofrem de doenças respiratórias (asma ou bronquite). Não há referência, neste grupo da população geral, da presença de transtornos psicológicos. Perguntou-se, igualmente, se os participantes fazem ou fizeram tratamento especializado, e os dados coletados revelaram que 49 (15,6%) tratam a asma ou bronquite, e 25 (7,9%), sem especificar o motivo, são acompanhados por psicólogos, em sessões de psicoterapia. Quanto ao uso de medicamentos, 20 (6,3%) participantes referem utilizar medicamentos para o tratamento de asma ou bronquite.

No que se refere à amostra clínica, composta por 167 crianças, a idade média identificada foi de 9,02 anos (DP=1,55) sendo 110 crianças (65,8%) do gênero masculino e 57 (34,1%) do gênero feminino. Em relação ao ano escolar que as crianças da amostra clínica freqüentavam, a distribuição mais prevalente entre os diferentes grupos foi a seguinte: Diabetes (5º ano, 7 crianças, 23,3%), Transtorno Depressivo (3º ano, 10 crianças, 35,7%), Transtorno de Conduta (4º ano, 7 crianças, 30,4%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (3º ano, 9 crianças, 29,0%), Transtorno de Aprendizagem (3º ano, 7 crianças, 30,4%) e Abuso Sexual (2º, 3º e 4º anos, 21 crianças, 65,7%).

Das 167 crianças do grupo clínico, 44 (26,3%) repetiram alguma série, mais especificamente: 3 (10,0%) com Diabetes, 6 (21,4) com Transtorno Depressivo, 7 (30,4)

com Transtorno de Conduta, 13 (41,9%) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 5 (21,7%) com Transtorno de Aprendizagem e 10 (31,3%) crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Ainda, as crianças com TDAH (10, 35,7%), juntamente com as crianças com Transtorno Depressivo (13, 41,9%) e vítimas de abuso sexual (16, 50,0%), na opinião dos pais e/ou responsáveis, apresentam um desempenho escolar regular.

Em relação aos dados obtidos no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, observa-se que a maioria das crianças (154, 92,2%) do grupo clínico como um todo, apresentam um desempenho intelectual médio ou acima da média. Considerando os diversos subgrupos foi identificado desempenho intelectual abaixo da média em 1 (3,7%) criança com Transtorno Depressivo, 1 (3,3%) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 4 (17,4%) com Transtorno de Aprendizagem e 7 (22,6%) crianças vítimas de abuso sexual.

Sobre o núcleo familiar em que as 167 crianças da amostra clínica estão inseridas, os dados coletados revelam que 65 (38,9%) crianças residem com o pai, com a mãe e com, pelo menos, um irmão. Em relação à classe socioeconômica dos diferentes grupos clínicos a classe B também foi a mais prevalente.

Com relação à presença de doença física, as crianças com Transtorno Depressivo (4, 14,3%), Transtorno de Conduta (2, 8,7%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (4, 12,9%) e vítimas de abuso sexual (7, 21,9%) sofrem de anemia, alergias ou doenças respiratórias (asma ou bronquite). Todas as crianças com Diabetes Mellitus (30, 100%) fazem tratamento médico, de controle da diabetes com insulino terapia. As crianças com vivência de abuso sexual encontram-se todas em acompanhamento psicoterápico.

Evidência de validade com base na estrutura interna das variáveis do teste por meio da análise fatorial

Através da análise da análise fatorial exploratória (por componentes principais e rotação varimax) das respostas de todas as crianças da amostra dadas ao teste, obteve-se primeiramente soluções fatoriais com 5, 6, 7, 8, 9 e 10 fatores. Todas estas soluções foram analisadas levando-se em conta a pertinência dos fatores encontrados (em termos de conteúdo) e as características psicométricas das dimensões identificadas. A solução com 7 fatores mostrou-se a mais pertinente em termos de intercorrelações de variáveis e com características psicométricas adequadas, explicando 25,0% da variância total (ver Tabela

13).

Ainda, como regra para a inclusão das variáveis nos fatores foi determinado que teriam que apresentar no mínimo 0,30 de carga fatorial. Assim, não houve a ocorrência de variáveis com cargas fatoriais acima da linha de corte em mais de um fator. Como resultado da extração dos fatores e seleção de variáveis, ficaram 59 ao final deste estudo. Cabe mencionar, ainda, que esta análise fatorial foi realizada com toda a amostra (482 crianças), ou seja, incluiu as crianças do grupo não clínico e clínico, diferenciando-se do estudo original grego, que foi desenvolvido somente com crianças da população geral (Coulacoglou, 2009).

Tabela 13. Matriz de cargas fatoriais da análise das respostas (N=482).

	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedade doença	,524						
Ansiedade morte	,480						
Ansiedade autoimagem	,479						
Relação com a mãe	,407						
Ansiedade privação	,388						
Ansiedade castigo	,364						
Ambivalência conflito		,464					
Necessidade aprovação		,445					
Ansiedade rejeição		,437					
Necessidade afeto		,436					
Depressão		,412					
Necessidade afiliação		,359					
Ansiedade solidão		,339					
Ansiedade indiferença		,312					
Ansiedade incapacidade		,302					
Agressão como defesa			,476				
Deslocamento			,423				
Necessidade de proteção			,397				
Projeção			,363				
Ansiedade dano			,317				
Desejo de superioridade				,522			
Negação				,470			
Autoestima				,459			
Formação reativa				,398			
Anulação				,321			
Agressão dominância				,321			
Necessidades orais					,466		
Desejo por coisas materiais					,411		
Ansiedade trabalho duro					,341		
Senso de propriedade					,337		
Agressão inveja						,491	
Agressão retaliação						,480	
Repressão						,426	
Ambivalência dúvida							,520
Ambivalência indecisão							,518
Ambivalência alternativa							,395

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização Kaiser
Rotação convergindo em 17 iterações.

Na Tabela 13, constam as matrizes das cargas fatoriais das variáveis nos 7 agrupamentos resultantes da análise. Nesta análise o elemento principal da matriz de dados foram as respostas e, os agrupamentos encontrados, incluem as variáveis que aparecem correlacionadas ao longo das respostas de todas as 482 crianças. A análise dos 7 fatores (agrupamentos) permite a exploração dos processos mais gerais subjacentes à formação das interpretações das perguntas aos 21 cartões (com personagens e imagens de cenas) do TCF pelas crianças da amostra. Fazendo uma análise exploratória segue abaixo a explicação de cada um dos fatores identificados.

O Fator 1, a partir das variáveis agrupadas, recebeu o título de “*Ansiedade*”. Este fator agrupou as variáveis: ansiedade doença (preocupação de ficar doente ou de que alguém próximo fique doente), ansiedade morte (preocupação com a possibilidade de morrer ou de que alguém próximo morra), ansiedade autoimagem (preocupação em relação a atributos pessoais, comportamentais e físicos), relação com a mãe (relacionamento mãe/filho), ansiedade privação (preocupação com a perda ou restrição simbólica ou concreta de bens, vantagens e direitos) e ansiedade castigo (preocupação de ser ou de que alguém próximo seja sancionado ou reprimido por uma conduta considerada incorreta). Este fator associa cinco variáveis vinculadas a emoção Ansiedade (presentes no componente da personalidade Estados Emocionais) propostas pelo TCF, expressando uma intercorrelação de pensamentos relacionados a preocupações com perigos eminentes e eventos angustiantes, ligados a qualidade do relacionamento percebido com a mãe.

O Fator 2 agrupou variáveis que na sua associação podem retratar o que se denominou como “*Necessidade de Afeto e Aspectos Depressivos*”. Este fator agrupou as variáveis: ambivalência conflito (emoções opostas e conflitantes), necessidade de aprovação (necessidade de encorajamento para as ações para manter e aumentar a autoestima), ansiedade rejeição (preocupação com a perda de amor e afeto), necessidade de afeto (necessidade de oferecer e receber amor e afeto), depressão (sentimentos de tristeza, choro, desânimo, insatisfação e solidão), necessidade de afiliação (chegar perto e cooperar de forma prazerosa ou recíproca com algum aliado para satisfazer ou ganhar afeto), ansiedade solidão (preocupação de ficar sozinho, desamparado, de se separar), ansiedade indiferença (preocupação de não ser reconhecido, aceito, de pertencer) e ansiedade incapacidade (preocupação de não ser capaz). Este fator, com este agrupamento de variáveis relacionadas, parece indicar respostas vinculadas a necessidades de amor, afeto e

encorajamento e, em função disso, acompanhados de manifestações de sentimentos e pensamentos negativos (depressivos).

O Fator 3, deste estudo, a partir das variáveis agrupadas, recebeu o título de “*Necessidade de Proteção frente ao Dano*”. Este fator agrupou as variáveis: agressão como defesa (necessidade de se proteger ou proteger alguém diante do perigo imediato), deslocamento (redirecionamento de sentimento ou reação acerca de um objeto para outro, geralmente menos ameaçador), necessidade de proteção (necessidade de buscar segurança e ajuda daqueles percebidos como mais fortes ou poderosos), projeção (impulsos, sentimentos ou pensamentos não tolerados pelo ego são atribuídos a outros), e ansiedade dano (preocupação de sofrer algum dano físico ou emocional). Este agrupamento parece indicar a associação de respostas que envolvem preocupação frente a danos, perigos, ameaças, internas e externas, com a necessidade de proteção diante disso, mesmo que seja de forma agressiva (como defesa, sobrevivência) ou utilizando mecanismos defensivos como o deslocamento e a projeção.

O Fator 4 agrupa variáveis que podem responder a denominação de “*Insegurança e Afirmação*”. Este fator incluiu as variáveis: desejo de superioridade (autoengrandecimento, desejo de se destacar, de ser único), negação (transforma, distorce, minimiza ou recusa impulsos agressivos e da realidade externa considerados ameaçadores em seu oposto), autoestima (auto aceitação, auto respeito, auto valorização, preocupação com a aparência, sucesso ou fracasso, aprovação ou desaprovação), formação reativa (sentimentos e impulsos inaceitáveis são substituídos por seus extremos opostos), Anulação (retificação ou negação de pensamentos, sentimentos ou ações consideradas inaceitáveis, defesa contra desejos narcisistas, baixa autoestima, medo de agressão e agressão) e agressão como dominância (necessidade de dominar ou provar algo a si mesmo, maneira de aprender a controlar o ambiente e adquirir autoconfiança). Este fator sugere que frente a uma autoestima prejudicada a criança pode se defender (pela negação, formação reativa ou anulação) ou agir de forma contrária, mostrando-se superior ou agredindo para dominar.

O Fator 5, a partir das variáveis agrupadas, permite estabelecer a denominação de “*Necessidades Concretas*”. Este fator agrupou as variáveis: necessidades orais (necessidade real ou simbólica de comer/beber, simbolizam a incorporação de um objeto), desejo por coisas materiais (aquisição de dinheiro, brinquedos, roupas, carro, jóias ou prazeres materiais, como levar uma vida abastada), ansiedade trabalho duro (preocupação em trabalhar bastante ou cansaço devido ao processo de trabalho) e senso de propriedade

(necessidade de controlar o seu território e a posse de objetos pessoais de valor emocional ou material). Este fator reflete a necessidade da criança de adquirir coisas materiais e mantê-las consigo, como uma forma de compensar as necessidades internas mais primitivas insatisfeitas (orais).

O Fator 6, a partir das variáveis agrupadas, recebeu o título de “*Agressão e Defesa*”. Este fator agrupou as variáveis: agressão por inveja (necessidade de causar dano a indivíduos que aparentam ser melhores ou ter mais vantagens do que agressor em algum aspecto; descontentamento pessoal devido à posse que outras pessoas têm de algo que se gostaria ter), agressão como retaliação (agressão devido à vingança ou punição, após um prejuízo ter sido causado, depreciação do ego e da autoestima) e repressão (esquecimento “proposital” ou falha em reconhecer desejos ou pensamentos proibidos ou perturbadores). Este agrupamento parece caracterizar respostas que sugerem interação entre conteúdos agressivos mobilizados pela inveja e/ou suposto prejuízo na autoestima, sem reconhecer a proibição ou perturbação implícita nestes conteúdos agressivos.

E o último Fator, o 7, a partir das variáveis agrupadas, recebeu a denominação de “*Ambivalência*”. Este fator agrupou as variáveis: ambivalência dúvida (incerteza ou descrença em opiniões e credos), ambivalência indecisão (dificuldade em tomar uma decisão ou fazer uma escolha) e ambivalência alternativa (mais do que uma alternativa vinculada as escolhas). Este agrupamento reúne três tipos da variável ambivalência (do componente de personalidade Funções do Ego) que associa respostas que indicam divisão, conflito e dificuldades para integrar escolhas, opiniões ou aspectos de um mesmo objeto ou pessoa.

Considerações Finais

Os componentes da análise fatorial identificados mostram agrupamentos de variáveis bastante coerentes quanto a sua associação, permitindo visualizar conexões teoricamente viáveis com os cinco componentes de personalidade propostos por Coulacoglou (1995, 2002a, 2002b, 2008, 2009) para o TCF, considerando que este instrumento possibilita compreender o funcionamento de alguns aspectos dinâmicos da personalidade de crianças, com base na teoria psicanalítica. Este estudo demonstra que o TCF dispõe de qualidades psicométricas de validade com base na estrutura interna do teste. Diante de um teste projetivo, e sabendo-se da complexidade da avaliação das propriedades psicométricas destes instrumentos, a identificação de resultados satisfatórios de evidência de validade da estrutura interna reforça a necessidade de seguir investindo nos testes projetivos e de

continuar acreditando no potencial dos dados que produzem.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior check-list/4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (1999). Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association: Washington DC.
- Angelini, A.L., Alves, I.C.B., Custódio, E.M., Duarte, W.F., Duarte, J.L.M. (1999). Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Escala Especial. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Balbinotti, M. A. A. (2005). Para se avaliar o que se espera: reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. Alethéia, 21, 43-52.
- Boorsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2004). The Concept of Validity. Psychological Review, 111 (4), 1061-1071.
- Bordin, I. A. S.; Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. Revista ABP – APAL, 17, (2).
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2007). Cartilha sobre a avaliação psicológica. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2010). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão. Brasília: CFP.
- Coulacoglou, C. (1995). Teste de los Cuentos de Hadas. Madrid: TEA Ediciones.
- Coulacoglou, C. (2002a). Construct Validation of the Fairy Tale-Test-Standardization data. International Journal of Testing 2 (3, 4), 217-242.
- Coulacoglou, C. (2002b). Psychometrics & Psychological Assessment. 2 nd. Edition. Athens: Paparazisis.
- Coulacoglou, C. (2008). Exploring the Child's Personality: developmental, clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test. Springfield: Thomas Books.
- Coulacoglou, C. & Souyouldjoglou, M. (2005). The Fairy Tale Projective Test as a means to examine psychoanalytic interpretations of fairy tales (Turkish article). In: Yanstima/Projection: Psychopathology and Projective Tests. 2 (3-4), 173-189.
- Coulacoglou, C. (2009). The Fairy Tale Test – Greek Manual. Revised Edition (não publicado).

- DeMers, S. T., Turner, S. M., Andberg, M., Foote, W. Hough, L., Ivnik, R., Meier, S., Moreland, K. & Rey-Casserly, C. M. (2000). Report of Task Force on Test User Qualifications, (pp. 17-21). Washington: American Psychological Association.
- Montero, I. & León O. G. (2005). Sistema de Clasificación Del Método en Los Informes de Investigación en Psicología. International Journal Of Clinical and Health Psychology. 5 (1), 115-127.
- Pasquali, L. (2003). Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Primi, R., Muniz, M. & Nunes. C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: C. S. Hutz (Org.). Avanços e polêmicas em avaliação psicológica, (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R., Muniz, M. & Villemor-Amaral, A. E. (2009). Validade do Zulliger no Sistema Compreensivo. In: A. E. Villemor-Amaral & R. Primi (Orgs). Teste de Zulliger no sistema compreensivo ZSC – forma individual, (pp. 137-173). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R. & Nunes, C. H. S. S. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia/CFP (Org.). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão, (pp. 101-127). Brasília: CFP.
- Regulamentação do uso, elaboração e comercialização de Testes Psicológicos, Resolução CFP nº. 002/2003, Conselho Federal de Psicologia. (2003). Acesso em 14 de março de 2010. [On-line]. Disponível: http://www.pol.org.br/resolucoes/002_2003.doc
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Villemor-Amaral, A. E. & Primi, R. (2009). Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo – ZSC: forma individual. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SEÇÃO IV

Estudo de evidência de validade de critério do Teste dos Contos de Fadas

Introdução

Os instrumentos de avaliação psicológica, de uma forma geral, propõem tarefas específicas ao sujeito com o objetivo de compreendê-lo em seu momento atual de vida. Nesta perspectiva, se inserem os testes projetivos com o objetivo maior de acessar e compreender os aspectos mais essenciais e dinâmicos da personalidade. Também nesta direção, se apresenta o Teste dos Contos de Fadas/TCF, compondo o rol de instrumentos projetivos, do tipo aperceptivo temático associativo. O TCF estimula, como expressam Coulacoglou e Souyouldjoglou (2005), os processos inconscientes, criando espaços para a expressão e a exploração dos sentimentos e das atitudes da criança com base na teoria psicanalítica.

Sabe-se que os instrumentos de avaliação são importantes aliados do trabalho do profissional da Psicologia e, por isso, destaca-se a necessidade de se poder confiar nos resultados que produzem. Independente do contexto em que são aplicados é condição *sine qua non* para sua utilização apresentar evidência de precisão e de validade. No Brasil, através da Resolução N° 002/2003 (CFP, 2003), o Conselho Federal de Psicologia/CFP determinou requisitos obrigatórios para que os testes psicológicos sejam aprovados, comercializados e utilizados no país. Estes requisitos incluem a especificação do construto que o instrumento pretende avaliar, a caracterização fundamentada na literatura da área e as evidências empíricas das propriedades psicométricas dos itens que compõem o teste (precisão e validade) (CFP, 2007). Considerando essa determinação e exigência, pode-se enfatizar que, hoje, a área de avaliação psicológica no Brasil tem como tarefa fundamental o desenvolvimento e a adaptação de testes psicológicos que possam ser utilizados na prática profissional, com adequada margem de segurança, com base nas suas qualidades psicométricas.

O conceito de validade em psicometria tem ganhado destaque nos últimos tempos sendo considerada, no domínio dos testes psicológicos, uma das propriedades métricas mais importantes. A validade é a questão mais fundamental para o desenvolvimento e avaliação dos escores dos testes e de seus respectivos usos. Ela depende diretamente do construto que está sendo medido, dos aspectos que o representam e das evidências que se podem reunir para corroborar qualquer inferência feita sobre uma pessoa, a partir do resultado de testes (*American Educational Research Association, American Psychological*

Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Balbinotti, 2005; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Villemor-Amaral, 2009). Daí é que vem a ideia de que a garantia de cientificidade dos instrumentos psicológicos deve ancorar-se em pesquisas empíricas sobre a validade, com a aplicação de métodos científicos adequados (Boorsboom, Mellenbergh & van Heerden, 2004; Primi, Muniz & Nunes, 2009).

Se um instrumento não possui validade, não é possível saber se as respostas produzidas por ele indicam efetivamente as características da pessoa. Não há segurança então, de que as interpretações sobre as características psicológicas dos indivíduos, sugeridas por suas respostas na testagem, sejam legítimas. Nessa situação, não se tem certeza sobre o que o instrumento psicológico efetivamente avalia e quão bem ele faz isso, e, portanto, o seu uso na prática profissional pode ficar impedido tanto ética quanto tecnicamente (Primi, Muniz & Nunes, 2009). Considerando-se que os instrumentos psicológicos são ferramentas que subsidiam o profissional psicólogo em sua tomada de decisão em relação ao sujeito e às questões avaliadas, ganha força a necessidade de não se ter dúvidas de que o teste realmente produz medidas sobre o que se propõe a medir.

Um marco importante na evolução do conceito de validade – dentre tantos outros – foi a última publicação dos *Standards*, de 1999, chegando-se ao consenso de que a validade é um conceito único, não existindo diferentes tipos de validade, mas sim diferentes aspectos (fontes de evidência), que podem ser utilizados na avaliação de possíveis interpretações de escores (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999; Urbina, 2007). A partir desta última revisão dos *Standards*, a validade foi definida como se referindo “ao grau em que evidência e teoria sustentam as interpretações dos escores dos testes, vinculados aos usos propostos dos testes” (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999, p. 9).

Na seqüência das reformulações propostas pelos *Standards*, a expressão “tipos de validade” foi modificada para “fontes de evidência de validade”. Embora as terminologias de validade de conteúdo, de critério e de construto ainda sejam muito empregadas no meio científico, e as mais conhecidas no Brasil, a alteração proposta reforçou a existência da validade como um conceito único. Assim, cada evidência específica tem como objetivo buscar aspectos diferentes de um ponto conceitualmente único sobre como interpretar os escores de um teste (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999; Primi, Muniz &

Nunes, 2009). Dessa maneira, as discussões contemporâneas sobre o parâmetro da validade centram-se na classificação das diferentes fontes de evidência de validade. A partir desta perspectiva, a primeira delas é a evidência com base no conteúdo, que levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste, investigando se estes consistem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o instrumento. A segunda é a evidência com base no processo de resposta, que parte do levantamento de dados sobre os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste. Refere-se à análise teórico-empírica das relações entre os processos mentais ligados ao construto que se pretende avaliar e as respostas aos itens do instrumento, ou seja, trata das propostas explicativas dos processos mentais subjacentes às respostas aos itens e à coerência entre as explicações produzidas e os dados empíricos. A terceira é a evidência com base na estrutura interna do teste, baseada nas correlações entre itens que avaliam o mesmo construto e entre subtestes que avaliam construtos similares. Essa evidência de validade enfoca as variáveis internas ao próprio teste, trabalhando na perspectiva da covariância entre partes do teste. A quarta fonte diz respeito às evidências com base na relação do instrumento com variáveis externas, tratando dos padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis que medem o mesmo construto ou construtos relacionados (convergência), e com variáveis que medem construtos diferentes (divergência). Esta fonte de evidência também oferece dados sobre a capacidade do teste de prever outros fatos ou fatores que se associam ao uso que se fará do teste. Como variável externa, pode-se trabalhar, por exemplo, com variáveis-critério, ou seja, eventos importantes de serem previstos e que têm como um possível fator associado o construto medido pelo teste. E, finalmente, a quinta fonte é a evidência baseada nas conseqüências sociais intencionais e não intencionais da testagem e do teste, de forma a verificar se este está surtindo os efeitos desejados, de acordo com o propósito para o qual foi construído (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Nunes, 2009*). Essas formulações teóricas inauguram uma nova forma de pensar e de investigar o conceito de validade dos instrumentos de avaliação psicológica.

Especificamente no que se refere às evidências de validade baseadas em outras variáveis, os conceitos de convergência e divergência ou discriminação merecem ser retomados e mais bem discutidos, assim como a qualidade preditiva que este tipo de evidência proporciona ao teste. A ideia de uma validade que é convergente e outra que é discriminante, ou divergente, aponta para medidas independentes, que devem se

correlacionar entre si, ou não (DeMers *et al.*, 2000). A validade convergente é verificada a partir do estudo da relação entre testes que avaliam o mesmo construto, e a evidência de associações de alta magnitude entre eles serve como prova disso. A validade discriminante, por sua vez, é verificada a partir do estudo da relação entre testes que avaliam construtos diferentes e que, teórica e empiricamente, sejam considerados não relacionados. A evidência de associações não significativas entre os testes serve como um indicador de validade de que ambos avaliam construtos distintos, e que o teste para o qual se buscam evidências de validade não se correlaciona com variáveis das quais deveria diferir (Pasquali, 2007; Primi, Muniz & Nunes, 2009).

De acordo com os *Standards*, as variáveis externas podem ser classificadas em quatro tipos distintos: variáveis-critério, testes medindo os mesmos construtos, testes medindo construtos relacionados e testes medindo construtos diferentes. Para a realização de estudos de validade de critério, é necessária a identificação de uma variável externa chamada de critério externo que, a partir do embasamento teórico e empírico, se associe ao construto avaliado pelo teste (Primi & Nunes, 2010). As variáveis-critério podem ser contínuas ou dicotômicas, indicando o pertencimento ou não do sujeito avaliado a determinado grupo (com ou sem determinada característica, por exemplo); e sempre consistem em fatores que se associam ao construto medido pelo teste (por exemplo, em um teste que avalia capacidade cognitiva e inteligência, o critério utilizado pode ser desempenho acadêmico ou profissional, uma vez que diferentes estudos comprovam a associação entre o construto – inteligência – e o critério – desempenho). Conforme mencionado anteriormente, quando a avaliação da variável critério é feita simultaneamente ao teste, a validade é chamada diagnóstica ou concorrente. Quando a variável é avaliada após a aplicação do teste, a validade é chamada de preditiva (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education*, 1999; Primi, Muniz & Nunes, 2009). A validade de critério é um dos principais métodos para verificar se os resultados do teste permitem identificar pessoas de grupos diferenciados como, por exemplo, pessoas que atendem a um conjunto de critérios clínicos – quadros psicopatológicos (Primi & Nunes, 2010).

Definidas as diferentes fontes de evidências de validade, a questão que se impõe é como decidir por este ou aquele tipo nos estudos e investigações da validade de um instrumento de avaliação psicológica. Segundo Primi, Muniz e Villemor-Amaral (2009), os diferentes estudos de validade devem ser feitos levando em conta os propósitos (descrição, classificação diagnóstica, predição, planejamento de intervenções e monitoramento) e

contextos nos quais se pretende usar o instrumento, escolhendo, a partir disso, o tipo de evidência de validade mais adequado (Primi & Nunes, 2010).

Reforça-se, então, que a validade é um termo complexo e denso, que não engloba apenas um conceito único, e sim um conjunto de possibilidades que podem ser utilizadas para se inferir sobre a validade de um teste psicológico. Nesse sentido, esforços e estudos que apontem para a comprovação e a sustentação destas formulações terão pertinência e relevância asseguradas, especialmente no contexto mais amplo da avaliação psicológica, que se pauta nos processos cada vez mais exigentes e rigorosos de qualificação dos instrumentos.

Considerando esses apontamentos e entendendo que é de fundamental importância poder dispor de instrumentos adequados e confiáveis em relação ao que se quer avaliar, e que o TCF pode ser um valioso auxílio para o psicólogo clínico que trabalha com crianças em processos de avaliação psicológica, julga-se pertinente verificar suas qualidades psicométricas, adequando-o à nossa população e realidade. Para isso, esta seção apresenta um estudo de evidência de validade de critério baseado na relação com variáveis externas utilizando, para tanto, as seguintes variáveis critério: diagnóstico médico-clínico, diagnóstico clínico-psiquiátrico e contexto de violência sexual. Para que este objetivo pudesse ser alcançado desenvolveu-se uma pesquisa quantitativa, de tipo transversal, incluindo-se na categoria de estudos instrumentais (de propriedades psicométricas), como expressam Montero e León (2005).

Método

Amostra

Para alcançar o objetivo proposto foi utilizada uma amostra de 482 crianças com idades entre 6 e 11 anos. Esta amostra incluiu um grupo de crianças da população geral (não clínico) e um grupo clínico, composto por crianças com diagnósticos médico-clínico, clínico-psiquiátrico e por crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Mais especificamente, o grupo não clínico (população geral) foi constituído por 315 crianças com idades entre 6 e 11 anos, meninos e meninas, que freqüentavam instituições escolares públicas e privadas da cidade de Porto Alegre. O grupo médico-clínico, clínico-psiquiátrico e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar (total de 167 crianças), foi localizado a partir de uma população (com as mesmas idades) de pacientes com diagnóstico já formulado, admitidos em instituições de saúde (internados e/ou em

atendimento ambulatorial) e de sujeitos atendidos em instituições de proteção infantil.

O grupo amostral clínico foi constituído por pacientes com patologia médico-clínica, mais especificamente, 30 crianças com diagnóstico de Diabetes Mellitus, por crianças com diagnósticos psiquiátricos sendo 28 crianças com Transtorno Depressivo, 23 com Transtorno de Conduta, 31 com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade/TDAH e 23 crianças com Transtornos da Aprendizagem. Ainda este grupo amostral clínico incluiu 32 crianças de vítimas de abuso sexual intrafamiliar.

Para a inclusão dos sujeitos no grupo clínico (167 crianças) os critérios foram: concordância dos pais e/ou responsáveis com a participação do filho(a) no estudo, ausência de comprometimento intelectual e apresentação de um dos diagnósticos ou situação de interesse, conforme descrito acima. Para a inclusão dos sujeitos no grupo não clínico – população geral (315 crianças) – os dois primeiros critérios foram os mesmos acompanhados de ausência de diagnóstico psicopatológico, médico e/ou de vivência de abuso sexual intrafamiliar.

Instrumentos

A fim de obter dados que caracterizassem os participantes do estudo foi utilizada, primeiramente, uma Ficha de Dados Sóciodemográficos (ver Anexo F), que continha informações sobre sexo, idade, história escolar e de saúde da criança, seu núcleo familiar e sua condição socioeconômica. Para excluir casos com suspeita de comprometimento intelectual foi administrado, de forma individual, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, Duarte, 1999) para os sujeitos com idades entre 6 e 11 anos e meio. A administração foi realizada seguindo as instruções usuais que constam no manual, prevendo-se uma duração média de 15 a 30 minutos. O Teste de Matrizes Progressivas foi desenvolvido originariamente pelo psicólogo J. C. Raven e foi criado como medida do fator "g", com base no referencial de Spearman. Como uma tarefa a ser cumprida, pode ser descrito como um teste de completamento e, em termos do tipo de item, é um teste de escolha entre soluções alternativas. O caderno a ser administrado é dividido em séries de matrizes ou desenhos que apresentam um problema introdutório, cuja solução é clara, fornecendo um padrão para a tarefa, que se torna progressivamente mais difícil. A Escala Especial compreende três séries (A, Ab, e B). As respostas são classificadas como positivas ou negativas e cada resposta certa recebe um ponto, e o total de pontos é o escore obtido pelo sujeito. Este escore é transformado em percentil através do uso de uma tabela específica em associação

com a idade do sujeito, e assim poderá ser estimado o nível intelectual de cada participante da amostra.

Ainda, para a amostra médico-clínica, clínico-psiquiátrica e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar foi utilizado o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL (Bordin, Mari, Caieiro, 1995), respondido por todos os pais e/ou responsáveis pelos integrantes destes grupos amostrais. O CBCL apareceu originalmente em 1983, no *Manual for Child Behavior Checklist/4-16*, sendo revisado em 1991, abrangendo o período etário de 4 a 18 anos (Achenbach, 1991). A primeira versão foi traduzida para o português por Baptista, em 1989 (Bordin, Mari, Caieiro, 1995). A versão, usada no Brasil exigiu a adaptação da versão portuguesa e refere-se ao CBCL/4-18 e foi revisada por pessoa bilíngüe, com supervisão do próprio autor, “mantendo equivalência semântica e de conteúdo com o questionário original” (Bordin, Mari, Caieiro, 1995, p. 65). O CBCL é um questionário desenvolvido com rigor metodológico, que avalia competência social e problemas de comportamento, proporcionando boa abrangência de sintomas comuns na infância e na adolescência. Este instrumento tem sido utilizado internacionalmente em pesquisas, havendo versões em cerca de trinta idiomas. Bordin e colegas (1995) apresentam dados satisfatórios de vários estudos sobre sua fidedignidade e validade e desenvolveram uma pesquisa em que foi comprovada boa sensibilidade do instrumento (87%) para a identificação de sintomas e comportamentos disfuncionais, uma vez que conseguiu identificar 75% dos casos classificados como leves, em exame psiquiátrico, 95% dos moderados e 100% dos graves.

O instrumento alvo deste estudo foi o Teste dos Contos de Fadas, organizado por Coulacoglou (1995), e sua descrição detalhada encontra-se na Seção II, conforme abordado anteriormente.

Procedimentos para a coleta de dados

Para o desenvolvimento deste estudo e composição da amostra da população geral, foram realizados contatos com instituições escolares públicas e privadas de Porto Alegre, que possuíssem alunos com idade entre 6 e 11 anos, para obter a autorização necessária para a testagem das crianças. Previamente à administração dos instrumentos, foi encaminhada uma carta aos pais e/ou responsáveis pelos alunos (ver Anexo G) com o objetivo de explicar a natureza e relevância do trabalho a ser desenvolvido, bem como obter destes a autorização para a participação da criança. Além desta carta, também foi encaminhada a Ficha de Dados Sócio-demográficos (ver Anexo F) e o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo H) para os pais e/ou responsáveis pela criança. De posse do consentimento de participação e da ficha de dados, a administração dos instrumentos foi realizada de forma individual, em um encontro (Teste Raven e TCF), na própria instituição, durante o período escolar.

Para a coleta de dados das crianças dos grupos das amostras médico-clínica, clínico-psiquiátrica e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar, foram contatadas instituições hospitalares, clínicas-escola e instituições de proteção infantil, que atendessem crianças com os diagnósticos ou situações anteriormente mencionados. Esclarecimentos e reuniões com os coordenadores e/ou chefias destes locais foram particularmente importantes e necessárias para se estabelecer um plano adequado para a operacionalização do estudo. Assim, diante da concordância das instituições, os pais e/ou responsáveis dos pacientes foram inicialmente comunicados sobre o estudo pelo profissional responsável pelo atendimento e, caso concordassem em participar do mesmo, assinavam o Termo de Autorização (ver Anexo I), que constava da autorização dos mesmos para o encaminhamento do nome de seu filho à pesquisadora responsável por este estudo. De posse disso, era possível agendar uma entrevista com os pais e/ou responsáveis pela criança, na qual eram explicitadas a natureza e a relevância do trabalho a ser desenvolvido. Nesta entrevista também se assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo J), e se preenchia a Ficha de Dados Sócio-demográficos e o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL. Após a entrevista com os pais e/ou responsáveis, a criança foi submetida aos instrumentos (Teste Raven e TCF) em um único encontro, na própria instituição em que o participante estava inserido. Vale destacar que as crianças também assinaram um Termo de Assentimento de participação no estudo (ver Anexo K).

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto maior de adaptação brasileira do Teste dos Contos de Fadas/TCF pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS (ver Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC (ver Anexo B). Ainda, o projeto de pesquisa desta tese foi analisado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS (ver Anexo C). A coleta dos dados de toda a amostra foi seguida da digitação das respostas de cada criança ao TCF, da classificação dos instrumentos e da inclusão dos dados em banco específico, para processamento e análise posterior.

Procedimentos para a análise dos dados

Todas as informações coletadas com os instrumentos aplicados foram organizadas em banco de dados, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versão 17.0. Inicialmente, para conhecer as características sociodemográficas, cognitivas e de confirmação de diagnósticos psicopatológicos e possíveis comorbidades dos integrantes das amostras clínicas, foi realizada uma análise descritiva dos dados, através de cálculo de frequências e porcentagens (conforme dados já descritos na Introdução desta Tese). Após a administração do Teste dos Contos de Fadas, todos os protocolos foram analisados e as verbalizações das crianças, para cada um dos 21 desenhos do teste, foram classificadas com base: 1) nas 30 variáveis do Sistema de Categorização de Respostas, subdivididas em 5 grupos de componentes da personalidade e 2) na identificação dos mecanismos de defesas, conforme os Quadros 4 (ver Seção II, p. 62) e 5 (ver Seção III, p. 74). É importante mencionar que neste estudo entendeu-se que era pertinente incluir os mecanismos de defesa como um agrupamento a ser incluído no Sistema de Categorização de Respostas e, portanto, passível de interpretação quantitativa e não só qualitativa, como é a proposta explicitada por Coulacoglou (1995, 2008) no estudo original.

Após a realização do estudo de evidência de validade com base na estrutura interna do TCF, por meio da análise fatorial, chegou-se a configuração de uma solução fatorial com 7 fatores que foram agrupados e interpretados (ver todos estes dados nos resultados da Seção III). Esta análise serviu de base para que se desenvolvesse o estudo proposto aqui, de evidência de validade de critério. Desta forma, este estudo trata das diferenças encontradas nas variáveis do TCF entre os subgrupos de crianças que compõem o grupo clínico da amostra total em estudo: crianças com Diabetes (grupo médico-clínico), crianças com Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno de Aprendizagem (grupo clínico-psiquiátrico) e crianças vítimas de abuso sexual (grupo de contexto de violência sexual). Este grupo amostral clínico (n=167) também foi comparado com o grupo de crianças da população geral (n=315).

Para identificar a evidência de validade de critério foram utilizados os seguintes testes estatísticos: ANOVA, Análise Multivariada e Regressão Logística. Fazendo-se todas as combinações entre os grupos, através da análise de variância (ANOVA) de comparações múltiplas, pôde-se verificar se a diferença das médias dos 7 fatores, distribuídos nos diferentes subgrupos, foi estatisticamente significativa. Utilizando-se também o método da

análise multivariada, verificou-se o efeito conjunto dos 7 fatores comparando os diferentes subgrupos amostrais estudados. Este método permite a análise simultânea de medidas múltiplas para cada indivíduo. O que se sabe é que algumas diferenças entre grupos, quando analisadas separadamente, podem não ser significativas, mas quando analisadas em conjunto – conforme a proposta da análise multivariada –, podem revelar-se significativas. O outro método estatístico, a Regressão Logística, por sua vez, permitiu verificar quão bem este modelo funcionou para verificar se os 7 fatores conseguiram diferenciar os subgrupos. Além disso, teve como objetivo indicar o valor preditivo de cada fator nos diferentes grupos estudados.

Resultados e Discussão

Características Sociodemográficas

Considerando aspectos que caracterizam a amostra não clínica (estes dados mais detalhados são explanados na Introdução desta Tese) a partir da Ficha de Dados Sóciodemográficos, observou-se que as 315 crianças da população geral foram localizadas em 13 escolas (8 escolas públicas e 5 escolas particulares). Dessas 315 crianças, 203 (64,4%) freqüentavam escolas públicas e 112 (35,6%) escolas particulares. A idade média das 315 crianças foi de 8,57 anos (DP=1,64), sendo 143 (45,4%) do gênero masculino e 172 (54,6%) do gênero feminino.

Em relação ao ano escolar que as crianças da amostra não clínica freqüentavam, o 2º (64, 20,4%) e o 4º (71, 22,3%) anos do Ensino Fundamental foram os mais prevalentes. Das 315 crianças a maioria, 298 (94,6%) não teve repetência escolar, resultado este em consonância com o fato de que, na opinião dos pais e/ou responsáveis um número expressivo delas apresenta um desempenho escolar entre ótimo (196, 62,6%) e bom (102, 32,6%). Ainda, o resultado obtido no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, aponta que todas as 315 crianças apresentaram capacidade intelectual na média ou acima da média neste teste, corroborando com os dados de desempenho escolar.

Sobre o núcleo familiar em que os participantes estão inseridos, os dados coletados revelam que a maioria (201, 63,8%) das crianças da população geral reside com o pai, com a mãe e com, pelo menos, um irmão. Em relação à classe socioeconômica deste grupo amostral não clínico a classe B (226, 71,7%) foi a mais prevalente.

Com relação à presença de doença física, das 315 crianças pesquisadas, a maioria não apresenta doença física (302, 95,9%). Das crianças que apresentam alguma doença

física, 13 (4,1%) sofrem de doenças respiratórias (asma ou bronquite). Não há referência, neste grupo da população geral, da presença de transtornos psicológicos. Perguntou-se, igualmente, se os participantes fazem ou fizeram tratamento especializado, e os dados coletados revelaram que 49 (15,6%) tratam a asma ou bronquite, e 25 (7,9%), sem especificar o motivo, são acompanhados por psicólogos, em sessões de psicoterapia. Quanto ao uso de medicamentos, 20 (6,3%) participantes referem utilizar medicamentos para o tratamento de asma ou bronquite.

No que se refere à amostra clínica, composta por 167 crianças, a idade média identificada foi de 9,02 anos (DP=1,55) sendo 110 crianças (65,8%) do gênero masculino e 57 (34,1%) do gênero feminino. Em relação ao ano escolar que as crianças da amostra clínica freqüentavam, a distribuição mais prevalente entre os diferentes grupos foi a seguinte: Diabetes (5º ano, 7 crianças, 23,3%), Transtorno Depressivo (3º ano, 10 crianças, 35,7%), Transtorno de Conduta (4º ano, 7 crianças, 30,4%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (3º ano, 9 crianças, 29,0%), Transtorno de Aprendizagem (3º ano, 7 crianças, 30,4%) e Abuso Sexual (2º, 3º e 4º anos, 21 crianças, 65,7%).

Das 167 crianças do grupo clínico, 44 (26,3%) repetiram alguma série, mais especificamente: 3 (10,0%) com Diabetes, 6 (21,4) com Transtorno Depressivo, 7 (30,4) com Transtorno de Conduta, 13 (41,9%) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 5 (21,7%) com Transtorno de Aprendizagem e 10 (31,3%) crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Ainda, as crianças com TDAH (10, 35,7%), juntamente com as crianças com Transtorno Depressivo (13, 41,9%) e vítimas de abuso sexual (16, 50,0%), na opinião dos pais e/ou responsáveis, apresentam um desempenho escolar regular.

Em relação aos dados obtidos no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, observa-se que a maioria das crianças (154, 92,2%) do grupo clínico como um todo, apresentam um desempenho intelectual médio ou acima da média. Considerando os diversos subgrupos foi identificado desempenho intelectual abaixo da média em 1 (3,7%) criança com Transtorno Depressivo, 1 (3,3%) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 4 (17,4%) com Transtorno de Aprendizagem e 7 (22,6%) crianças vítimas de abuso sexual.

Sobre o núcleo familiar em que as 167 crianças da amostra clínica estão inseridas, os dados coletados revelam que 65 (38,9%) crianças residem com o pai, com a mãe e com, pelo menos, um irmão. Em relação à classe socioeconômica dos diferentes grupos clínicos a classe B também foi a mais prevalente.

Com relação à presença de doença física, as crianças com Transtorno Depressivo (4, 14,3%), Transtorno de Conduta (2, 8,7%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (4, 12,9%) e vítimas de abuso sexual (7, 21,9%) sofrem de anemia, alergias ou doenças respiratórias (asma ou bronquite). Todas as crianças com Diabetes Mellitus (30, 100%) fazem tratamento médico, de controle da diabetes com insulinoaterapia. As crianças com vivência de abuso sexual encontram-se todas em acompanhamento psicoterápico.

Evidência de validade de critério: diagnóstico médico-clínico, clínico-psiquiátrico e de contexto de violência sexual

Foi realizada uma análise descritiva dos 7 fatores (identificados pela análise fatorial exploratória, por componentes principais e rotação varimax) distribuídos nos diferentes subgrupos amostrais. Estes dados podem ser visualizados na Tabela 14. Utilizando-se a ANOVA e analisando-se os dados da Tabela 14, pode-se perceber que o Fator 6 foi o único que não apresentou diferença entre as médias dos grupos amostrais ($p < .345$). Todos os outros fatores demonstraram diferença em nível significativo entre as médias (tendo como referência o $p < .05$). A Tabela 15 explicita quais são as diferenças em nível significativo, fazendo-se todas as combinações entre os grupos através da comparação múltipla.

Tabela 14. Resultados das médias, desvios padrão e análise de variância (ANOVA) comparando os subgrupos amostrais em relação aos 7 fatores (N=482).

		N	Média	DP	F	p*
Fator 1	População geral	315	-.1754919	.72575769	6.794	.001
	Diabetes	30	-.0784138	.67870804		
	T. Depressivo	28	.6318105	2.29340797		
	TDAH	31	.3159476	1.13602070		
	T. Conduta	23	.2520360	.79911701		
	Abuso sexual	32	.2553929	1.03144797		
	T. Aprendizagem	23	.6728659	1.25414087		
Fator 2	População geral	315	-.4071190	.57919307	2.194	.042
	Diabetes	30	-.2325332	.89124208		
	T. Depressivo	28	-.1389307	.69518443		
	TDAH	31	-.2239935	.75505048		
	T. Conduta	23	.0396681	1.16166214		
	Abuso sexual	32	-.2984031	1.01598350		
	T. Aprendizagem	23	.1047597	1.04656268		
Fator 3	População geral	315	-.0044423	.93977067	4.945	.001
	Diabetes	30	-.3398494	.80702668		
	T. Depressivo	28	-.0205544	1.43373682		
	TDAH	31	-.1337950	.74665561		
	T. Conduta	23	-.2058277	.80977164		
	Abuso sexual	32	.8282686	1.30832925		
	T. Aprendizagem	23	-.2378416	.86203546		

Fator 4	População geral	315	-.0312515	.98300151	2.695	.014
	Diabetes	30	-.1006682	.63299884		
	T. Depressivo	28	.3105027	.95065632		
	TDAH	31	-.0092116	1.04009603		
	T. Conduta	23	.3804092	1.20811027		
	Abuso sexual	32	.2595387	1.15098671		
Fator 5	T. Aprendizagem	23	-.5532129	.95260371	3.466	.002
	População geral	315	-.2235723	.93236811		
	Diabetes	30	-.5942162	.97400614		
	T. Depressivo	28	.1189668	1.22383145		
	TDAH	31	-.2926986	.90144486		
	T. Conduta	23	.0763838	.94379882		
Fator 6	Abuso sexual	32	.2870272	1.02591854	1.127	.345
	T. Aprendizagem	23	-.1609355	1.25711655		
	População geral	315	-.0660955	.89999324		
	Diabetes	30	-.0646272	1.00527572		
	T. Depressivo	28	.0904294	1.43764640		
	TDAH	31	.2734027	1.07542864		
Fator 7	T. Conduta	23	-.0254426	.91619589	5.536	.001
	Abuso sexual	32	.1921658	1.18744661		
	T. Aprendizagem	23	.2575167	1.29975960		
	População geral	315	-.6507094	.78597895		
	Diabetes	30	-.3830492	.53476491		
	T. Depressivo	28	-.4214257	.74687015		
Total	TDAH	31	.0458896	.60062865	482	
	T. Conduta	23	-.3161714	.53553109		
	Abuso sexual	32	.1431976	1.07548939		
	T. Aprendizagem	23	.1339577	1.05816031		

*p<.05

Tabela 15. Comparação das diferenças das médias entre todos os subgrupos amostrais em relação aos 7 fatores (N=482).

Fatores	Grupos amostrais	Diferença das médias	Erro padrão	p*		
Fator 1	População geral	Diabetes	-.09707806	.18456968	.599	
		T. Depressivo	-.80730234*	.19048669	.001	
		TDAH	-.49143949*	.18183438	.007	
		T. Conduta	-.42752784*	.20861864	.041	
		Abuso sexual	-.43088476*	.17923213	.017	
		T. Aprendizagem	-.84835780*	.20861864	.001	
	Diabetes	T. Depressivo	-.71022428*	.25368708	.005	
		T. Aprendizagem	-.75127975*	.26756998	.005	
		T. Depressivo	População geral	.80730234*	.19048669	.001
			Diabetes	.71022428*	.25368708	.005
	TDAH	População geral	.49143949*	.18183438	.007	
		T. Conduta	.42752784*	.20861864	.041	
	Abuso sexual	População geral	.43088476*	.17923213	.017	
		T. Aprendizagem	.84835780*	.20861864	.000	
T. Aprendizagem	População geral	.75127975*	.26756998	.005		
	Diabetes	.75127975*	.26756998	.005		
Fator 2	População geral	T. Aprendizagem	-.51187878*	.21448194	.017	
	T. Aprendizagem	População geral	.51187878*	.21448194	.017	
Fator 3	População geral	Abuso sexual	-.83271090*	.18120735	.001	

	Diabetes	Abuso sexual	-1.16811806*	.24805281	.001
	T. Depressivo	Abuso sexual	-.84882303*	.25258383	.001
	TDAH	Abuso sexual	-.96206360*	.24597919	.001
	T. Conduta	Abuso sexual	-1.03409629*	.26682490	.001
	Abuso sexual	População geral	.83271090*	.18120735	.001
		Diabetes	1.16811806*	.24805281	.001
		T. Depressivo	.84882303*	.25258383	.001
		TDAH	.96206360*	.24597919	.001
		T. Conduta	1.03409629*	.26682490	.001
		T. Aprendizagem	1.06611016*	.26682490	.001
Fator 4	População geral	T. Conduta	-.41166075	.21381977	.050
		T. Aprendizagem	.52196143*	.21381977	.015
	T. Depressivo	T. Aprendizagem	.86371560*	.27845876	.002
	TDAH	T. Aprendizagem	.54400140*	.27231455	.046
	T. Conduta	População geral	.41166075	.21381977	.050
		T. Aprendizagem	.93362218*	.29178960	.001
	Abuso sexual	T. Aprendizagem	.81275165*	.27049620	.003
	T.Aprendizagem	População geral	-.52196143*	.21381977	.015
		T. Depressivo	-.86371560*	.27845876	.002
		TDAH	-.54400140*	.27231455	.046
		T. Conduta	-.93362218*	.29178960	.001
		Abuso sexual	-.81275165*	.27049620	.003
Fator 5	População geral	T. Depressivo	-.34253910	.19431596	.050
		Abuso sexual	-.5105995*	.18283515	.001
	Diabetes	T. Depressivo	-.7131830*	.25878683	.026
		Abuso sexual	-.8812434*	.25028110	.001
	T. Depressivo	População geral	.34253910	.19431596	.050
		Diabetes	.7131830*	.25878683	.026
	TDAH	Abuso sexual	-.5797258*	.24818885	.004
	Abuso sexual	População geral	.5105995*	.18283515	.001
		Diabetes	.8812434*	.25028110	.001
		TDAH	.5797258*	.24818885	.004
Fator 7	População geral	TDAH	-.6965990*	.18319011	.004
		T. Conduta	.3345380*	.21017407	.029
		Abuso sexual	-.7939070*	.18056846	.001
		T. Aprendizagem	-.7846678*	.21017407	.007
	Diabetes	Abuso sexual	-.5262460*	.24717824	.005
	T. Depressivo	TDAH	-.8803217*	.25358068	.042
		Abuso sexual	-.5646233*	.25169329	.002
		T. Aprendizagem	-.5553834*	.27371095	.043
	TDAH	População geral	.6965990*	.18319011	.004
		T. Depressivo	.8803217*	.25358068	.042
	T. Conduta	População geral	-.3345380*	.21017407	.029
	Abuso sexual	População geral	.7939070*	.18056846	.001
		Diabetes	.5262460*	.24717824	.005
		T. Depressivo	.5646233*	.25169329	.002
	T.Aprendizagem	População geral	.7846678*	.21017407	.007
		T. Depressivo	.5553834*	.27371095	.043

*p<.05

No que se refere à análise multivariada para verificar o efeito conjunto dos 7 fatores comparando os subgrupos amostrais em estudo, identificou-se uma diferença altamente

significativa entre os subgrupos. Estas comparações podem ser visualizadas na Tabela 16 e na Figura 1.

Tabela 16. Comparação das diferenças das médias entre todos os subgrupos amostrais em relação ao efeito conjunto dos 7 fatores (N=482).

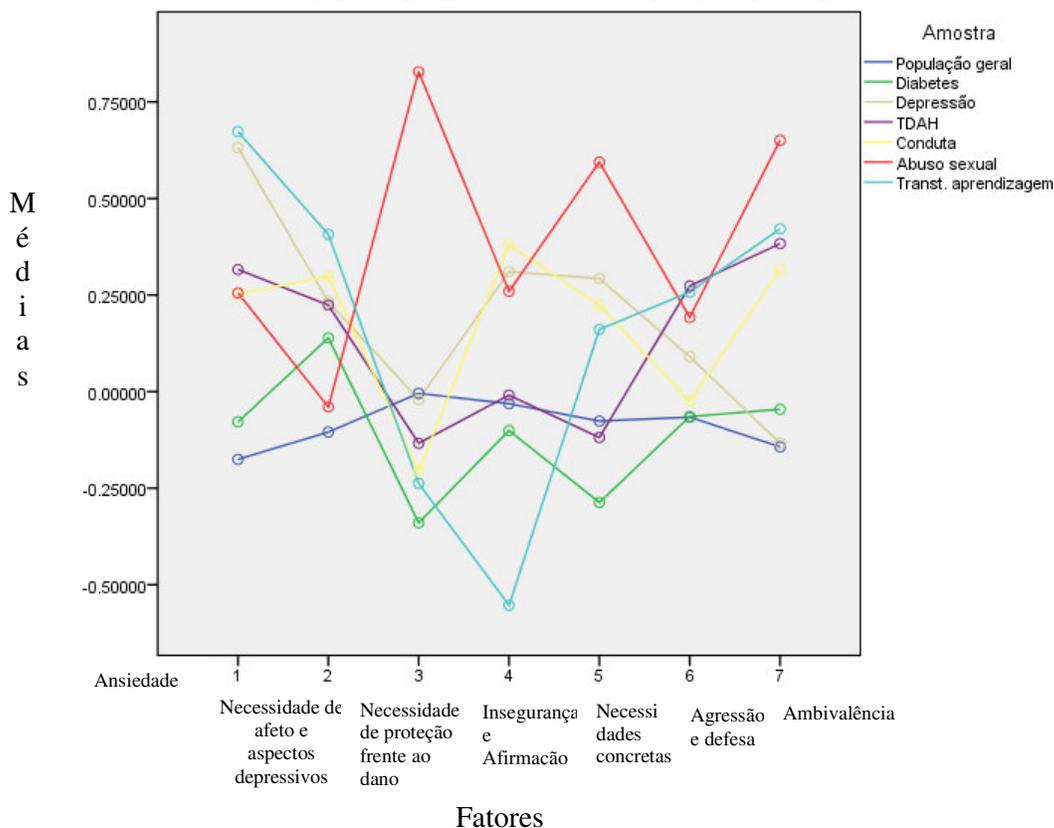
Amostra	Amostra	Diferença das médias	Erro padrão	p*
População geral	Diabetes	.0251318	.06684001	.707
	T. Depressivo	-.2864407*	.06898279	.001
	TDAH	-.2194346*	.06584945	.001
	T. Conduta	-.2629920*	.07554909	.001
	Abuso sexual	-.4774637*	.06490707	.001
Diabetes	T. Aprendizagem	-.2472044*	.07554909	.001
	População geral	-.0251318	.06684001	.707
	T. Depressivo	-.3115724*	.09187016	.001
	TDAH	-.2445663*	.08954133	.007
	T. Conduta	-.2881238*	.09689771	.003
T. Depressivo	Abuso sexual	-.5025955*	.08885060	.001
	T. Aprendizagem	-.2723362*	.09689771	.005
	População geral	.2864407*	.06898279	.001
	Diabetes	.3115724*	.09187016	.001
	TDAH	.0670061	.09115201	.463
T. Conduta	T. Conduta	.0234486	.09838803	.812
	Abuso sexual	-.1910230*	.09047357	.035
	T. Aprendizagem	.0392363	.09838803	.690
	População geral	.2194346*	.06584945	.001
	Diabetes	.2445663*	.08954133	.007
TDAH	T. Depressivo	-.0670061	.09115201	.463
	T. Conduta	-.0435574	.09621709	.651
	Abuso sexual	-.2580291*	.08810784	.004
	T. Aprendizagem	-.0277698	.09621709	.773
	População geral	.2629920*	.07554909	.001
T. Conduta	Diabetes	.2881238*	.09689771	.003
	T. Depressivo	-.0234486	.09838803	.812
	TDAH	.0435574	.09621709	.651
	Abuso sexual	-.2144717*	.09557462	.025
	T. Aprendizagem	.0157876	.10309823	.878
Abuso sexual	População geral	.4774637*	.06490707	.001
	Diabetes	.5025955*	.08885060	.001
	T. Depressivo	.1910230*	.09047357	.035
	TDAH	.2580291*	.08810784	.004
	T. Conduta	.2144717*	.09557462	.025
T. Aprendizagem	T. Aprendizagem	.2302593*	.09557462	.016
	População geral	.2472044*	.07554909	.001
	Diabetes	.2723362*	.09689771	.005
	T. Depressivo	-.0392363	.09838803	.690
	TDAH	.0277698	.09621709	.773
T. Conduta	T. Conduta	-.0157876	.10309823	.878
	Abuso sexual	-.2302593*	.09557462	.016

*p<.05

Analisando a Tabela 16 pode-se perceber que o grupo da população geral

diferenciou-se em nível significativo de todos os outros subgrupos clínicos, exceto do subgrupo de crianças com diabetes, que apresenta um comportamento similar com o da população geral. Reforçando esta questão, o mesmo acontece quando o subgrupo de crianças com diagnóstico de Diabetes Mellitus é comparado com os outros subgrupos clínicos e com a população geral. Além disso, fica bastante evidente a partir desta tabela que todos os outros subgrupos clínicos (Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, TDAH e Transtorno de Aprendizagem), além de se diferenciarem em nível significativo da população geral e de crianças com diabetes, também se diferenciam, em nível significativo, do grupo das crianças vítimas de abuso sexual. Este achado coloca em evidência que as crianças dos subgrupos clínico-psiquiátricos e as crianças vítimas de abuso sexual, apresentaram respostas bastante características no TCF e vinculadas principalmente aos fatores 3, 5 e 7 (conforme Figura 1).

Figura 1. Comparação das diferenças das médias entre todos os subgrupos amostrais em relação ao efeito conjunto de todos os 7 fatores (N=482).



Entendendo-se o significado destas relações dos subgrupos com os 7 fatores, pode-se considerar em cada um deles:

Fator 1: as crianças dos subgrupos clínico-psiquiátrico (Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, TDAH, Transtorno de Aprendizagem) e de contexto de violência sexual (Abuso sexual) apresentam as maiores médias neste fator, o que pode indicar que o TCF facilitou a expressão de pensamentos e sentimentos relacionados a preocupações com perigos eminentes e eventos angustiantes ligados a qualidade do relacionamento percebido com a mãe. A literatura e a experiência clínica mostram que, crianças com vivência de abuso sexual e com os transtornos psiquiátricos já mencionados, apresentam manifestações psíquicas caracterizadas pelo desconforto derivado de uma antecipação de perigos (internos e externos) que provocam preocupação com doença, morte, perda e castigo, num contexto em que, muitas vezes, a figura materna não consegue estabelecer uma boa ligação, ou não consegue traduzir de forma efetiva as necessidades da criança. Neste sentido, é pertinente que o Fator 1 diferencie crianças do subgrupo clínico-psiquiátrico e crianças com vivência de abuso sexual intrafamiliar das crianças da população geral e das crianças com diabetes.

Fator 2: neste fator percebe-se uma diferença, em nível estatisticamente significativo entre as crianças com Transtorno de Aprendizagem e as crianças da população geral, sendo que as primeiras apresentaram médias maiores em relação as segundas. Este resultado sugere que as crianças com Transtorno de Aprendizagem manifestam mais aspectos relacionados com a necessidade de serem encorajadas, de receber amor e afeto e são muito preocupadas com a rejeição, o desamparo e de não ser capaz. Percebe-se também, através destes dados, que predominam nestas crianças sentimentos negativos do tipo depressivo. Em termos de hipóteses prévias a este estudo de validade, pensava-se, com base nas manifestações clínicas, que as crianças com Transtorno Depressivo e as vítimas de abuso sexual talvez apresentassem as maiores médias neste fator. Embora isso não tenha acontecido, em nível estatisticamente significativo, as crianças destes dois grupos apresentam (ver Tabela 14 e Figura 1), de qualquer forma, médias maiores que as crianças da população geral.

Fator 3: este fator é bastante expressivo a partir da sua configuração de associação de variáveis estando mais evidente nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Os resultados permitem diferenciar, em nível estatisticamente significativo, estas crianças de todos os outros subgrupos amostrais. Teoricamente este dado é bastante relevante, uma vez que as crianças vítimas de abuso sexual, em função da vivência traumática sofrida estão

sempre em estado de alerta, preocupadas com danos, perigos e ameaças, necessitando de proteção e defesa, mesmo que seja através de manifestações agressivas.

Fator 4: este fator traz dados bastante curiosos. Embora as médias dos subgrupos clínicos tenham ficado acima das médias das crianças da população geral e com diabetes, o subgrupo de crianças com Transtorno de Aprendizagem apresentou as menores médias, sendo esta diferença considerada em nível estatisticamente significativo. Conforme aparece na seção III, este fator sugere que frente a uma autoestima prejudicada a criança pode se defender (pela negação, formação reativa ou anulação) ou agir de forma contrária, mostrando-se superior ou agredindo para dominar. Nesta perspectiva, não parece ser o que ocorre com as crianças com Transtorno de Aprendizagem. Este dado pode significar que talvez estas crianças não consigam expressar sua insegurança e sua necessidade de afirmação, uma vez que estão com a sua autoestima tão prejudicada a ponto de não utilizarem defesas mais onipotentes para se sentirem melhores.

Fator 5: neste fator as crianças com depressão e as crianças vítimas de abuso sexual se destacaram em relação aos outros subgrupos clínicos (em nível estatisticamente significativo), e também quando comparadas a população geral e às crianças com diabetes. Este fator indica que as crianças com Transtorno Depressivo e vítimas de abuso sexual expressaram, pelo TCF, necessidades de adquirir objetos materiais e mantê-los consigo. Fazendo-se um entendimento desta questão, pode-se inferir que estas crianças certamente tentam compensar suas necessidades internas mais primitivas insatisfeitas (orais) com questões mais concretas e externas a elas. Em função das características clínicas destes subgrupos torna-se coerente esta interpretação, principalmente em relação as prováveis perdas vivenciadas por estas crianças.

Fator 6: este fator não diferenciou os subgrupos amostrais, em nível estatisticamente significativo. Contudo, cabe mencionar que as crianças com TDAH, vítimas de abuso sexual e com Transtorno de Aprendizagem apresentaram médias maiores que as crianças da população geral e com diabetes (ver Tabela 14).

Fator 7: neste fator pode ser verificado que as crianças do subgrupo clínico-psiquiátrico (TDAH, Transtorno de Conduta e Transtorno de Aprendizagem) e de contexto de violência (Abuso sexual), apresentaram as maiores médias em nível significativo quando comparadas, principalmente, às crianças da população geral. Comparando somente o grupo clínico, ainda houve uma diferença significativa entre as crianças com Transtorno Depressivo e as crianças com TDAH, Transtorno de Aprendizagem e vítimas de abuso sexual, sendo as médias maiores nestas últimas. Estes achados parecem pertinentes em

termos teóricos indicando que as crianças destes subgrupos clínicos, com médias maiores, expressam no TCF respostas que denotam mais ambivalência expressando conflito e dificuldades para integrar escolhas, opiniões ou aspectos de um mesmo objeto ou pessoa.

Cabe destacar que, tanto no estudo desenvolvido no projeto piloto organizado para o Exame de Qualificação desta Tese, quanto neste estudo final, o comportamento do subgrupo amostral de crianças com diabetes (inicialmente incluídas no grupo amostral clínico) apresentou um comportamento, nas respostas ao TCF, muito parecido com o das crianças da população geral. Isto é plenamente compreensível. Embora as crianças com diabetes enfrentem um desafio clínico (doença) de importância e precisem redimensionar o estilo de vida, isto parece não provocar um desajuste emocional ao ponto de estabelecer vulnerabilidades psíquicas como as que se estabelecem nos diagnósticos psicopatológicos.

Para finalizar este estudo foi realizada uma análise de Regressão Logística com o objetivo de demonstrar se os 7 fatores identificados diferenciariam os subgrupos amostrais, podendo então ser considerados como preditores ou não dos quadros clínicos. Estes resultados podem ser visualizados na Tabela 17. Ainda a Tabela 18, nesta mesma direção, apresenta os coeficientes de sensibilidade e especificidade do modelo. Pode-se perceber que o modelo testado prevê com sucesso 71,3% dos casos do grupo que inclui a amostra de crianças da população geral e a de crianças com diabetes e 64,2% dos casos do grupo que inclui as crianças com Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, TDAH, Transtorno de Aprendizagem e Abuso Sexual.

Tabela 17. Resultados da Regressão Logística.

Fatores	B	Erro Padrão	Wald	Gl	p*	Exp(B)
Fator 1	.717	.136	27.653	1	.001	2.048
Fator 2	-.443	.135	10.718	1	.001	.642
Fator 3	.050	.120	.176	1	.674	1.052
Fator 4	.156	.112	1.954	1	.162	1.169
Fator 5	-.420	.124	11.568	1	.001	.657
Fator 6	.268	.117	5.230	1	.022	1.308
Fator 7	-.681	.150	20.678	1	.001	.506
Constante	-1.116	.121	84.851	1	.001	.328

*p<.05

Tabela 18. Tabela de Classificação do Modelo Testado.

Observado	Predito		Percentual de acerto
	Não Clínico	Clínico	
Não clínico	243	98	71,3
Clínico	49	88	64,2
Percentual de acerto			69,2

Valor da linha de corte = .3

Embora seja necessário ter muita cautela quando se fala em predição de quadros clínicos, principalmente em se tratando de um teste projetivo e de um estudo com crianças, os dados da regressão logística demonstram que, principalmente os fatores 1, 2, 5, e 7 apresentam um peso maior para identificar as crianças da população geral e com diabetes quando comparadas aos subgrupos de crianças com Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, TDAH, Transtorno de Aprendizagem e Abuso Sexual. Portanto, não há dúvida de que estes dados são muito expressivos e indicam que estes fatores são bons preditores para diferenciar os subgrupos que integram a amostra em estudo.

Considerações Finais

Para o psicólogo que trabalha com Avaliação Psicológica, um dos principais desafios é realizar julgamentos clínicos de forma segura a respeito do sujeito que está avaliando, e para isso contar com instrumentos adequados é condição necessária. Neste sentido, a partir dos resultados expostos nesta seção, pode-se verificar que o Teste de Contos de Fadas/TCF apresenta evidência de validade de critério.

Sabe-se que diante de um teste projetivo, a complexidade da avaliação das propriedades psicométricas é um dos pontos nevrálgicos. Com base nisso, é de especial importância anunciar a existência de evidência de validade de critério do TCF porque reforça a viabilidade de se trabalhar nesta direção em avaliação psicológica. Salienta-se, também, a necessidade de continuar investindo nas técnicas projetivas e acreditar na sua capacidade de avaliar os sujeitos.

Os dados que aparecem neste estudo demonstram então que, no TCF, as variáveis dos 5 componentes de personalidade, propostos pela autora do instrumento, são sensíveis de estarem presentes nas respostas dadas pelas crianças nos diferentes subgrupos amostrais pesquisados. Considerando estas questões, este estudo demonstra que o TCF dispõe de qualidades psicométricas de validade, que juntamente com o enfoque clínico da prática profissional, poderá ser um valioso instrumento para a compreensão de aspectos da personalidade de crianças.

Referências Bibliográficas

Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior check-list/4-18 and 1991 profile.

Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (1999). Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association: Washington DC.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1997). Psychological Testing. New Jersey: Prentice Hall.
- Balbinotti, M. A. A. (2005). Para se avaliar o que se espera: reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. Alethéia, (21), 43-52.
- Boorsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2004). The Concept of Validity. Psychological Review, 111 (4), 1061-1071.
- Bordin, I. A. S.; Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. Revista ABP – APAL, 17, (2).
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2007). Cartilha sobre a avaliação psicológica. Brasília: CFP.
- Coulacoglou, C. (1995). Teste de los Cuentos de Hadas. Madrid: TEA Ediciones.
- Coulacoglou, C. (2002a). Construct Validation of the Fairy Tale-Test-Standardization data. International Journal of Testing, 2 (3, 4) 217-242.
- Coulacoglou, C. (2002b). Psychometrics & Psychological Assessment. 2 nd. Edition. Athens: Paparazisis.
- Coulacoglou, C. (2008). Exploring the Child's Personality: developmental, clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test. Springfield: Thomas Books.
- Coulacoglou, C. & Souyoudjoglou, M. (2005). The Fairy Tale Projective Test as a means to examine psychoanalytic interpretations of fairy tales (Turkish article). In: Yanstima/Projection: Psychopathology and Projective Tests. 2 (3-4), 173-189.
- Coulacoglou, C. (2009). The Fairy Tale Test – Greek Manual. Revised Edition. (não publicado).
- DeMers, S. T., Turner, S. M., Andberg, M., Foote, W. Hough, L., Ivnik, R., Meier, S., Moreland, K. & Rey-Casserly, C. M. (2000). Report of Task Force on Test User Qualifications, (pp. 17-21). Washington: American Psychological Association.
- Montero, I. & León O. G. (2005). Sistema de Clasificación Del Método en Los Informes de Investigación en Psicología. International Journal Of Clinical and Health Psychology. 5 (1), 115-127.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos Testes Psicológicos: Será Possível Reencontrar o Caminho? Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23 (nº especial), 99-107.
- Primi, R., Muniz, M. & Nunes. C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade

- de testes psicológicos. In: C. S. Hutz (Org.). Avanços e polêmicas em avaliação psicológica, (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R. & Nunes, C. H. S. S. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia/CFP (Org.). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão, (pp. 101-127). Brasília: CFP.
- Regulamentação do uso, elaboração e comercialização de Testes Psicológicos, Resolução CFP nº. 002/2003, Conselho Federal de Psicologia. (2003). Acesso em 14 de março de 2010. [On-line]. Disponível: http://www.pol.org.br/resolucoes/002_2003.doc
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Atualmente, a área de Avaliação Psicológica vem sendo pauta de várias discussões importantes dentro do cenário da Psicologia. A questão histórica que permeia esta área vem destacando vários momentos marcantes, a começar pela mobilização da categoria profissional e da sociedade pela qualificação dos instrumentos de avaliação como procedimentos verdadeiramente científicos. Desde o início dos anos dois mil o Conselho Federal de Psicologia vem se ocupando, de uma forma bastante significativa, da qualificação dos instrumentos de avaliação. Para tanto, por meio de resoluções específicas e, através da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica, a qualidade deste instrumental, que é de uso exclusivo do psicólogo, vem sendo focado nos estudos das propriedades psicométricas dos testes. O que se sabe, contudo, é que não basta se investir na qualificação dos instrumentos de avaliação se o profissional que o utiliza não o faz de forma responsável, tanto ética quanto tecnicamente. Neste sentido, a formação nesta área e a implicação dos profissionais com as repercussões dos processos de avaliação psicológica para a sociedade tem sido, também, um tópico constante nas discussões desta área. É emergente a necessidade de se investir na formação e na sensibilização de profissionais que garantam um trabalho de qualidade, com instrumentos de avaliação que produzam resultados confiáveis.

Trabalhar com testes psicológicos não é uma tarefa simples e, muito menos, fácil. É preciso muito conhecimento técnico e experiência profissional para dar conta da compreensão do sujeito que se avalia. O arcabouço de instrumentos que se tem hoje no mercado é bastante variado, encontrando-se uma distribuição entre os testes psicométricos e os testes projetivos. Como se sabe, os testes psicométricos têm como foco a medida de traços e estados, propondo-se, verdadeiramente, a quantificar determinado fenômeno ou processo psicológico. Já os testes projetivos se detêm menos na medida em si e mais na possibilidade de compreensão dinâmica do sujeito. Ainda, neste sentido, quando se pensa em avaliação psicológica de crianças são poucos os instrumentos existentes hoje na lista do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos/SATEPSI com parecer favorável. Em relação aos testes projetivos infantis, este cenário é ainda mais preocupante. Os testes projetivos, com fundamentos psicodinâmicos, facilitam a comunicação e a interação entre a criança e o psicólogo (atividade proposta como um jogo/brincadeira) e permitem acessar aspectos inconscientes trazendo à tona aquilo que faz parte do mundo interno da criança e

das suas vivências mais singulares. Assim, fica demarcada a importância de se ter no mercado instrumentos desta natureza.

No que se refere à proposta do estudo desta Tese de Doutorado, ficou evidente a preocupação inicial com a complexidade do tema que se está focando, ou seja, o trabalho de avaliação das propriedades psicométricas (especificamente da validade) de um teste projetivo, o Teste dos Contos de Fadas/TCF. Sem dúvida nenhuma se sabia do grande desafio que se tinha nas mãos. Apesar disso, sempre se acreditou na “vida com qualidade” dos testes projetivos, e não na sua morte – como muitos profissionais acreditam – justamente a partir do desenvolvimento de estudos como este. Salienta-se, também, que a discussão entre os aspectos nomotéticos e idiográficos sempre acompanhou a realização deste trabalho, que adotou pressupostos psicométricos na avaliação de evidências de validade de um teste projetivo.

Foi desta forma que se deu a construção desta Tese, tendo como objetivo demonstrar que o TCF efetivamente avalia o que se propõe: alguns aspectos dinâmicos da personalidade de crianças. Nesta direção, se um instrumento possui dados de evidências de validade permite garantir que o julgamento produzido por ele diz respeito, efetivamente, às características da pessoa. Trabalhar com o conceito de validade hoje, também se torna um desafio a partir das novas conceituações que se apresentam. Fala-se atualmente em diferentes fontes de evidência de validade (*American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Urbina, 2007; Primi & Nunes, 2010*), que têm um caráter cumulativo, e que devem ser escolhidas de acordo com as características do teste. Neste sentido, quando se optou por trabalhar com as evidências de validade com base na estrutura interna do TCF e com a validade de critério se avaliou justamente as características psicológicas propostas por este instrumento e as aplicações práticas a que ele se propõe. Foi assim que o TCF, através deste estudo, se mostrou como um instrumento importante e válido para avaliar características dinâmicas de personalidade de crianças. Tanto o estudo de validade com base na estrutura interna quanto o estudo de validade de critério demonstraram resultados positivos neste sentido. Considerando a validade como um conceito central na qualificação dos instrumentos de avaliação, entende-se que esta Tese de Doutorado contribui de forma bastante significativa para a área de Avaliação Psicológica e para a Psicologia Clínica com crianças.

Além destas questões, não se pode deixar de mencionar, também, algumas limitações e fragilidades. Embora não se tenha pretendido dar conta da totalidade dos estudos de

validade, sabe-se da importância de se investir em novas pesquisas, por exemplo, de validade de critério/predição de desempenho escolar e validade convergente, comparando os resultados do TCF, por exemplo, com os encontrados no Testes das Fábulas ou no Teste Aperceptivo Temático/CAT (após serem avaliados e aprovados pelo CFP). Também, parece importante ampliar a amostra da população geral incluindo, principalmente, crianças de outras regiões do país.

Para finalizar, parece relevante salientar que, para além da importância de comprovar que o TCF é um instrumento confiável do ponto de vista psicométrico, estudos como este trazem à tona discussões fundamentais que devem ser realizadas de forma sistemática na área de Avaliação Psicológica. Estudos deste porte possibilitam disponibilizar um teste psicológico de tipo projetivo que, futuramente, poderá ser utilizado pelos psicólogos brasileiros para a compreensão de alguns aspectos do mundo psíquico infantil com o objetivo maior de qualificação das avaliações e das intervenções que se venha a fazer com crianças dentro da prática em Psicologia.

Referências Bibliográficas

- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (1999). Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association: Washington DC.
- Primi, R. & Nunes, C. H. S. S. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia/CFP (Org.). Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão, (pp. 101-127). Brasília: CFP.
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO/GHC**

**ANEXO C – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA FACULDADE DE
PSICOLOGIA DA PUCRS**

ANEXO D – APROVAÇÃO NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

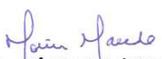
Ata 010/2010

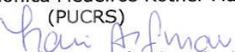
No vigésimo segundo dia do mês de novembro de dois mil e dez, no Auditório do Prédio 11, 9º andar, do Campus Universitário da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, após sessão de apresentação e defesa das 8 h e 30 min às 10 h e 30 min, reuniu-se a **oitava** comissão de avaliação, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, para argüir e avaliar os trabalhos apresentados pela doutoranda **VIVIAN ROXO BORGES**, com o objetivo de satisfazer os requisitos do **Exame de Qualificação de Doutorado**. A Comissão esteve constituída pelos professores doutores **Blanca Susana Guevara Werlang (PUCRS)**, **Mônica Medeiros Kother Macedo (PUCRS)** e **Clarissa Marceli Trentini (UFRGS)**. A Comissão deliberou pela (X) **APROVAÇÃO** () **NÃO APROVAÇÃO** do Projeto de Tese intitulado "**Teste dos contos de fadas: estudos de validade**", e seu Ensaio Temático "**Validade como conceito fundamental dos instrumentos de avaliação psicológica**". Nada mais a constar, lavrei a presente ata, que vai assinada pela Comissão de Avaliação, Coordenadora e Secretário.

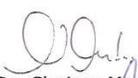
Obs.:

Porto Alegre, 22 de novembro de 2010.


Profa. Dr. Blanca Susana Guevara Werlang
(Orientadora Presidente)


Profa. Dr. Mônica Medeiros Kother Macedo
(PUCRS)


Profa. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon
Coordenadora


Profa. Dr. Clarissa Marceli Trentini
(UFRGS)


Alexsandro Guaraldi Zapata
Secretário

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 – P. 11– 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

ANEXO E – PARECER DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Nome da Doutoranda: VIVIAN ROXO BORGES

Título do Projeto de Tese: "Teste dos contos de fadas: estudos de validade"

Título do Ensaio Temático: "Validade como conceito fundamental dos instrumentos de avaliação psicológica"

Data da Arguição: 22 de novembro de 2010.

Exame de Qualificação: (x) APROVADA / () NÃO APROVADA

PARECER

Trata-se de um Projeto de Tese de extrema relevância e que em muito irá acrescentar para a área da Psicologia, mais especificamente para a Avaliação Psicológica. Sabe-se da complexidade de se disponibilizar instrumentos na área de avaliação projetiva e consequentemente da escassez desses instrumentos para a realidade brasileira. O estudo contempla justamente essa temática e para tanto o faz com propriedade. O Ensaio temático discute questões atuais e pertinentes e o Projeto de tese explora de modo cuidadoso e com rigor metodológico a questão das evidências de validade da técnica do Teste de Contos de Fadas. Além disso, um estudo piloto também está apresentado e mostra resultados parciais já bastante interessantes, que justificam a necessidade de estudos nessa área. Trata-se de uma tese de doutorado com mérito científico.

Comissão Examinadora:

Profa. Dr. Bianca Susana Guevara Werlang
(Orientadora Presidente) (PUCRS)

Profa. Dr. Mônica Medeiros Kother Macedo (PUCRS)

Profa. Dr. Clárisa Marcell Trentini (UFRGS)

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681 – P. 11– 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

F – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**Instituição:** _____**Subgrupo:** _____**Data:** _____**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Série Atual: _____

Repetiu alguma série?

 Não Sim Quantas vezes? _____

Qual série? _____

Como tem sido atualmente, seu desempenho na escola?

 Ótimo Bom Regular Ruim

Já foi suspenso ou expulso da escola? Por quê?

Os professores têm queixas a seu respeito?

 Não Sim

Quais são as queixas?

 Falta de atenção Desorganização Falta de interesse Não realiza as tarefas escolares Conduta inadequada: palavrões, brigas Outras

Desde quando? _____

Apresenta alguma doença Física? Não Sim

Qual? _____

Apresenta alguma doença Psicológica? Não Sim

Qual? _____

Faz ou fez algum tipo de tratamento?

 Não Sim

Quais? _____

Toma medicamentos? Não Sim

Quais medicamentos? _____

DADOS FAMILIARES:

Com quem mora a criança?

 Pai Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

 Mãe Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

 Madrasta/Padrasto Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

 Irmãos: Quantos? _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

 Avô/Avó **Outros:** _____ (Especifique)**RENDA FAMILIAR:**

Até 1 salário mínimo ()

1 a 3 salários mínimos ()

3 a 5 salários mínimos ()

Acima de 5 salários mínimos ()

DOS ITENS ABAIXO, ASSINALE QUAIS E QUANTOS VOCÊ POSSUI EM SUA RESIDÊNCIA.

Itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão a cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

ANEXO G – CARTA PARA OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS (ESTUDANTES)

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__.

Senhores Pais e/ou Responsáveis,

Através desta, gostaríamos de lhes explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com crianças entre 6 e 11 anos, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, aqui representado pela psicóloga Dra. Blanca Susana Guevara Werlang.

Sabemos através de nossa experiência profissional, que para que um instrumento de avaliação psicológica possa ser utilizado com segurança deve apresentar características que possibilitem confiança nos dados que produzem, sendo necessária então, a adaptação do mesmo para a realidade brasileira. Assim sendo, o objetivo deste estudo é a adaptação do Teste dos Contos de Fadas/TCF (originariamente grego) com o intuito de poder ter um instrumento confiável para a identificação de aspectos da dinâmica da personalidade infantil. Desta forma, torna-se importante verificar o tipo de respostas dadas ao instrumento por crianças entre 6 e 11 anos de idade.

Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho na pesquisa. Para isso é necessário que os pais ou responsáveis preencham uma Ficha de Dados Sócio-demográficos e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A criança deverá responder a dois instrumentos: o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (para crianças de 6 a 11 anos) para avaliar o nível de rendimento intelectual e ao Teste dos Contos de Fadas. Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar (em um encontro), com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em danos ao andamento normal das atividades curriculares. Em princípio, o maior incômodo a que seu(u) filho(a) estará submetido será a disposição de tempo para responder aos instrumentos, e o maior benefício será a participação em um trabalho científico.

As informações obtidas através dos instrumentos serão de caráter confidencial; a elas só terão acesso os pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa, que analisarão os dados do ponto de vista estatístico de sua representatividade para o grupo de crianças em estudo. Com isso, pretendemos manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa. Desde já agradecemos muito a sua colaboração e solicitamos que a Ficha de Dados Sócio-demográficos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, sejam enviados completamente preenchidos, através de seu(u) filho(a), para a escola, em um prazo de dois dias. Uma cópia desta carta, bem como do Termo de Consentimento ficarão com você.

Dra. Blanca S. Guevara Werlang
Psicóloga CRP 07/ 2126

ANEXO H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDANTES)

Estamos solicitando sua autorização para que seu(ua) filho(a) possa participar da presente pesquisa intitulada “Adaptação Brasileira do Teste dos Contos de Fadas (The Fairy Tale Test)”, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) através do grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção do Funcionamento Psicológico Adaptado e Não Adaptado” coordenado pela Dra. Blanca Susana Guevara Werlang. Este estudo tem como principal objetivo investigar o tipo de respostas dadas ao Teste dos Contos de Fadas/TCF por crianças entre 6 e 11 anos de idade. Tal estudo prevê a participação de crianças, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que as crianças respondam a dois instrumentos: o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (para crianças de 6 a 11 anos) para avaliar o nível de rendimento intelectual e o Teste dos Contos de Fadas. Essa atividade será realizada na própria instituição escolar, sem prejuízo das atividades escolares, em um encontro de aproximadamente 50 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo, Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis pelo estudo somente para esta pesquisa. O maior desconforto para as crianças será o tempo de que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. Cabe salientar que esta pesquisa não gerará nenhum gasto ao participante e tem um caráter voluntário.

Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável pela criança) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual meu filho estará envolvido, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (____) _____ e/ou do e-mail _____, da pesquisadora Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang. Outro contato pode ser feito através do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS pelo telefone _____. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação do meu filho na pesquisa, sem prejuízo, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações fornecidas terão caráter confidencial. Declaro que li este documento (ou foi lido para mim) e que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável

Data

Assinatura da Criança

Data

Dra. Blanca Susana Guevara Werlang

Data

ANEXO I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo ao psicólogo/psiquiatra/médico, _____, a fornecer o nome de meu filho como possível participante do estudo “Adaptação Brasileira do Teste dos Contos de Fadas” realizado pela Dra. Blanca Susana Guevara Werlang e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Autorizo também, fornecer meu número telefônico com o objetivo da pesquisadora responsável poder fazer contato para agendar uma entrevista onde deverei preencher uma Ficha de Dados Sócio-demográficos, assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder ao Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL. Após os devidos esclarecimentos a respeito da pesquisa, haverá de minha parte total liberdade para a aceitação ou recusa na participação no referido estudo.

Pai/Mãe ou Responsável: _____

Profissional: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

ANEXO J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES)

PESQUISA INTITULADA “ADAPTAÇÃO BRASILEIRA DO TESTE DOS CONTOS DE FADAS (THE FAIRY TALE TEST)”.

Eu, _____, ao assinar esse documento, concordo em participar desse estudo com a metodologia proposta (preenchimento de instrumentos de avaliação psicológica) pela pesquisadora Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang, coordenadora do grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção do Funcionamento Psicológico Adaptado e Não Adaptado” do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Este trabalho tem como objetivo investigar o tipo de respostas dadas ao Teste dos Contos de Fadas por crianças entre 6 e 11 anos de idade. Os instrumentos serão aplicados dentro da instituição especializada, em salas de atendimento destinadas à pesquisa, em um encontro de aproximadamente 50 minutos, com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em prejuízo ao andamento normal do atendimento já iniciado. Fui informado que posso recusar a minha participação nesse estudo a qualquer momento, sem que isso venha em seu prejuízo, pois se trata de livre participação. Também estou ciente de que posso entrar em contato, para qualquer dúvida ou esclarecimento, com a pesquisadora responsável pelo telefone (____) _____, pelo e-mail _____. Também, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS pelo telefone _____ ou o Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC pelo telefone _____. Declaro que me foi assegurado o anonimato quando não foi incluída a minha identidade nos instrumentos utilizados. Quanto à garantia da confidencialidade das informações por mim fornecidas, os documentos e instrumentos de avaliação psicológica preenchidos serão destruídos após a finalização da pesquisa. Assim como essas informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e poderão ser publicadas, mantendo-se o anonimato dos participantes e retornando os resultados na apresentação desse trabalho. Dessa forma, assino este documento ficando uma via para mim e outra para as pesquisadoras.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Data da pesquisa: _____

Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang: _____

ANEXO K – TERMO DE ASSENTIMENTO (PACIENTES)

PESQUISA INTITULADA “ADAPTAÇÃO BRASILEIRA DO TESTE DOS CONTOS DE FADAS (THE FAIRY TALE TEST)”.

Eu, _____,
concordo em participar dessa pesquisa que pretende avaliar como crianças de 6 a 11 anos respondem a perguntas sobre os Testes dos Contos de Fadas. Estas informações da minha participação serão usadas para esta pesquisa e meu nome será mantido em sigilo. Dessa forma, assino este documento ficando uma via para mim e outra para a pesquisadora.

Assinatura da criança: _____

Data da pesquisa: _____

Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang: _____

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B732t Borges, Vivian Roxo
Teste dos contos de fadas : estudos de evidência de validade /
Vivian Roxo Borges. – Porto Alegre, 2011.
120 f. : il.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Fac. de Psicologia, PUCRS.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang.
Co-Orientação: Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva
Nunes.

1. Psicologia. 2. Testes Psicológicos. 3. Psicologia Infantil.
4. Contos de Fada – Aspectos Psicológicos. I. Werlang, Blanca
Susana Guevara. II. Nunes, Carlos Henrique Sancineto da Silva.
III. Título.

CDD 155.4

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297