

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado

**TESTE DE APERCEPÇÃO FAMILIAR (FAT): ESTUDO DE VALIDADE DE
CRITÉRIO**

Cristina Fiad Aragonez

Orientadora: Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, 2013

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

**TESTE DE APERCEPÇÃO FAMILIAR (FAT): ESTUDO DE VALIDADE DE
CRITÉRIO**

Dissertação de Mestrado

Cristina Fiad Aragonez

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

Porto Alegre, 2013.

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

**TESTE DE APERCEPÇÃO FAMILIAR (FAT): ESTUDO DE VALIDADE DE
CRITÉRIO**

CRISTINA FIAD ARAGONEZ

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

Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, 2013.

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

Cristina Fiad Aragonez

**TESTE DE APERCEPÇÃO FAMILIAR (FAT): ESTUDO DE VALIDADE DE
CRITÉRIO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Presidente

Prof^a. Dr^a. Liza Fensteiseifer
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas)

Prof^a. Dr^a. Denise Falcke
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Porto Alegre, 2013.

RESUMO
TESTE DE APERCEPÇÃO FAMILIAR (FAT): ESTUDO DE VALIDADE DE CRITÉRIO

O Teste de Apercepção Familiar – FAT tem como objetivo avaliar a estrutura e o funcionamento familiar através da percepção de quem responde o instrumento. Este teste é destinado a crianças e adolescentes com idades de 6 a 15 anos. É um teste projetivo, que serve como ponte entre a avaliação individual e a familiar. O entendimento dos aspectos familiares no processo de avaliação do sujeito é fundamental, uma vez que a família influencia significativamente o comportamento e o sentido de identidade de seus membros. Esta instituição tem um poder crucial na vida de cada um dos seus integrantes, e o fluxo de influência ocorre em dois sentidos simultaneamente, a família influenciando nas relações e escolhas dos seus membros e os mesmos também sendo agentes desta troca. Assim, para ser possível a utilização deste teste, este estudo visou contribuir para o processo de adaptação do instrumento à realidade brasileira, uma vez que ele é originalmente americano. Esta adaptação pressupõe estudos empíricos de validade e fidedignidade. A situação atual do FAT nesse processo consiste em um estudo de fidedignidade entre avaliadores e um estudo de evidência de validade com base na estrutura interna do Sistema de Categorização de Respostas do FAT concluídos, bem como, em um estudo de validade de critério, tema central desta dissertação. Para tanto, a presente dissertação de mestrado dividiu-se em duas seções. A primeira discute teoricamente o construto Fronteiras, relacionando-o com a funcionalidade familiar. As Fronteiras constituem a proximidade e a distância, dentro e fora da família, sua função principal é de proteger e manter a diferenciação entre os sistemas, ou seja, distinguir as diferentes funções dos membros da família. Em uma estrutura familiar disfuncional, as fronteiras apresentam-se como rígidas ou difusas, caracterizando uma inadequação na interação entre os membros da família. Enquanto que nas famílias funcionais, saudáveis, as fronteiras são flexíveis, permitindo que seus integrantes possam experimentar-se em outros ambientes sem perder sua identidade primordial. A segunda seção retrata um estudo de evidência de validade de critério. Este estudo contou com uma amostra total de 451 sujeitos, divididos entre 329 da população geral (não clínico) e 122 participantes do grupo clínico-psiquiátrico. Os instrumentos utilizados para a coleta foram: uma ficha de dados sócio-demográficos com o intuito de caracterizar os sujeitos; os Testes Matrizes Progressivas Coloridas e Escala Geral de Raven, para excluir participantes com suspeita de comprometimento intelectual; e o instrumento projetivo, Teste de Apercepção Familiar – FAT, desenvolvido com base na teoria sistêmica, organizado por Sotile, Julian III, Henry e Sotile. Como resultado verificou-se a comprovação psicométrica de que o FAT se comporta como um instrumento válido para diferenciar a percepção do examinado sobre sua família em alguns dos diferentes grupos-critério avaliados. Com esse resultado, esta dissertação contribui com o trabalho maior de adaptação do FAT à realidade brasileira.

Palavras-chave: Teste de Apercepção Familiar/FAT; Avaliação da estrutura Familiar; Teste Projetivo; Evidências de Validade de Critério; 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

FAMILY APPERCEPTION TEST (FAT): STUDY OF CRITERION VALIDITY

The Family Apperception Test – FAT aims to evaluate the structure and family functioning through the perception of who answers the instrument. This test is intended for children and teenagers aged 6 to 15 years old. It is a projective test, which serves as a bridge between the individual and family assessment. Understanding the familiar aspects in the evaluation process of the subject is essential, since the family significantly influences the behavior and sense of identity of their members. This institution has a crucial power in the life of each of its members, and the flow of influence occurs in both directions simultaneously, the family influencing the choices of its members and the same as well, being agents of this change. So to be possible to use this test, this study aimed to contribute to the process of adapting the instrument to the Brazilian reality, since it is originally American. This adaptation presupposes empirical studies of validity and reliability. The current status of FAT in this process is a reliability study between evaluators and validity study of evidence based on internal structure of System Categorization Answers FAT completed, as well as a study of criterion validity, a central theme of this dissertation. Therefore, this dissertation was divided into two sections. The first discusses theoretically the construct Borders, relating it to the familiar functionality. The boundaries constitute the proximity and distance, within and outside the family, its main function is to protect and maintain the differentiation between systems, in other words, distinguish the different roles of family members. In a dysfunctional family structure, boundaries are presented as rigid or diffuse, featuring an inadequacy in the interaction between family members. While in functional healthy families, the boundaries are flexible, allowing its members to try out in other environments without losing its essential identity. The second section shows a study of evidence of criterion validity. This study featured a total sample of 451 subjects, divided among 329 of the general population (non-clinical) and 122 participants in the clinical-psychiatric group. The instruments used for data collection were: a form of socio-demographic data in order to characterize the subjects; the Colored Progressive Matrices Test and General Raven Scale, to exclude participants with suspected intellectual impairment; and the projective instrument, Family Apperception Test - FAT, developed based on systemic theory, organized by Sotile, Julian III, Henry and Sotile. As a result it was verified the proof that the psychometric FAT behaves as a valid tool to differentiate the examined about their perception of the family in some of the different groups evaluated criterion. With this result, this dissertation contributes to the larger work of adapting the FAT to the Brazilian reality.

Keywords: Family Apperception Test/FAT; Family Assessment structure; Projective Test; Evidence of Criterion Validity, Psychometric Properties.

CNPq classification area: 7.07.00.00-1 (Psychology)

CNPq sub-classification area: 7.07.01.00-8 (Psychology fundamentals and measurements)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	14
LISTA DE QUADROS.....	15
LISTA DE FIGURAS.....	16
LISTA DE SIGLAS.....	17
INTRODUÇÃO GERAL.....	18
SEÇÃO I: O Construto Fronteiras na Funcionalidade Familiar.....	43
Introdução.....	43
Psicologia e a Visão da Família	45
Estágios do Ciclo de Vida Familiar.....	47
Estrutura Familiar.....	49
Fronteiras Familiares.....	51
Considerações Finais.....	54
SEÇÃO II: Estudo de Evidência de Validade de Critério do Teste de Apercepção Familiar.....	59
Introdução.....	59
Método.....	64
2.1 Sujeitos.....	64
2.2 Instrumentos.....	65
2.3 Procedimentos de Coleta de Dados.....	69
2.4 Procedimentos de Análise de Dados.....	70
Resultados e Discussão.....	71
3.1 Características Sociodemográficas.....	71
3.2 Evidência de Validade de Critério: Diagnóstico Clínico-Psiquiátrico.....	72
Considerações Finais.....	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	81
ANEXOS.....	84
ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS.....	85
ANEXO B: Aprovação no Exame de Qualificação da PUCRS.....	86
ANEXO C: Ficha de Dados Sociodemográficos.....	87
ANEXO D: Carta aos pais (Estudantes).....	90
ANEXO E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudantes)...	91

ANEXO F: Termo de Autorização (Pacientes).....	92
ANEXO G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme gênero e idade (n=329).....	29
Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme a série escolar atual frequentado (n=329).....	29
Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (n=329).....	30
Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra não clínica, conforme as pessoas com quem o participante reside (n=329).....	30
Tabela 5. Distribuição em termos de frequência e porcentagem do grupo amostral da população geral, conforme renda familiar (n=329).....	31
Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra clínica, conforme gênero e idade (n=122).....	32
Tabela 7. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra clínica, conforme série escolar atual frequentada (n=122).....	34
Tabela 8. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da capacidade intelectual avaliada pelo Raven dos participantes da amostra clínica (n=122).....	36
Tabela 9. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra clínica, conforme as pessoas com quem o participante reside (n=122).....	37
Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagem do grupo amostral da população clínica, conforme renda familiar (n=122).....	37
Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes do grupo clínico conforme comorbidades (n=122).....	38
Tabela 12. Resultados das médias, desvios padrão e análise de variância(ANOVA) comparando os subgrupos amostrais em relação aos 5 fatores (N=451).....	73
Tabela 13. Comparação das diferenças das médias entre todos os grupos amostrais em relação aos fatores 1 e 5 (N=451).....	74
Tabela 14. Comparação das diferenças das médias entre todos os grupos amostrais em relação ao efeito conjunto dos 5 fatores (N=451).....	74
Tabela 15. Resultados da Regressão Logística.....	76
Tabela 16. Tabela de Classificação do Modelo Testado.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Aspectos temáticos contidos nas lâminas do FAT.....	66
Quadro 2. Sistema de Categorização das Respostas do Teste de Apercepção Familiar (FAT).....	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de Amostragem dos participantes da amostra não clínica (geral).....	28
Figura 2. Comparação das diferenças das médias entre todos os grupos amostrais em relação ao efeito conjunto de todos os 5 fatores (N=451).....	75

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CAT – *Child Apperception Test*

CBCL – *Child Behavior Checklist*

CFP – Conselho Federal de Psicologia

DP – Desvio padrão

FAT – Family Apperception Test

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SATEPSI – Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TAT – Teste de Apercepção Temática

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado que leva o título de Teste de Apercepção Familiar (FAT): Estudo de Validade de Critério é parte de um projeto maior (avaliado e aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, Ofício nº152/05 CEPPUCRS, ver Anexo A) que compreende a adaptação do Teste de Apercepção Familiar para a realidade brasileira. Esta Dissertação e o projeto maior enquadram-se no projeto guarda-chuva “Desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação e intervenção clínica” do grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção do Funcionamento Psicológico Adaptado e Não-Adaptado”, coordenado pela professora Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang, inserido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

O trabalho desenvolvido e explicitado nesta Dissertação busca contribuir com a área de Fundamentos e Medidas da Psicologia. Através da verificação de evidências empíricas foi possível aplicar pressupostos psicométricos num teste projetivo, o FAT. Isto reforça a legitimidade e cientificidade deste instrumento sendo um teste que será considerado confiável para ser incluído em processos de avaliação psicológica.

A Psicologia objetiva compreender como cada indivíduo é e como chegou a ser o que é. Também se preocupa com os aspectos que as pessoas têm em comum entre si e com as características que as diferenciam dos outros membros da espécie. Ainda, busca entender como as pessoas agem em grupo, como percebem e tratam os outros e como se sentem em relação aos outros (Gerrig & Zimbardo, 2005; Gleitman, Reisberg & Gross, 2009).

Neste sentido, a atividade profissional do psicólogo vincula-se diretamente ao ato de avaliar e, na sociedade contemporânea, cada vez mais é preciso avaliar comportamentos humanos em diferentes contextos e com alto grau de precisão e confiabilidade. (Fensterseifer & Werlang, 2011). Toda avaliação psicológica, para estas autoras, tem como objetivo “fornecer informações, para que, a partir destas, sejam tomadas decisões sobre o indivíduo avaliado. Estas decisões situam-se nos mais variados âmbitos, tais como no organizacional (indivíduo se adequa ou não ao perfil desejado para determinado cargo), no jurídico (indivíduo deve ou não ser considerado imputável por algum delito cometido) e no clínico (indivíduo precisa ou não de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico), citando apenas alguns” (p. 15). Em todos estes âmbitos é frequente que se faça uso de técnicas psicométricas e/ou projetivas.

A avaliação psicológica é de domínio privativo do psicólogo (Lei n.º 4.119 de 27/08/1962). O psicólogo que trabalha com avaliação psicológica, lembram Werlang e Argimon (2003), precisa contar com sua qualificada experiência na área da avaliação, o que requer constante atualização científica e prática. Destacam as autoras que todo processo de avaliação psicológica é uma atividade complexa, que envolve estratégias e instrumentos psicológicos especializados, que devem ser muito bem conhecidos e selecionados, conforme sua qualidade técnica e a necessidade de cada caso.

Neste sentido, além dos profissionais psicólogos estarem devidamente qualificados para oferecer e desenvolver processos de avaliação psicológica, os instrumentos (testes) utilizados para operacionalizar este serviço, precisam da mesma forma, apresentar propriedades psicométricas (evidências de precisão e validade) satisfatórias (Pasquali, 2003; Fensterseifer & Werlang, 2011; Urbina, 2007; Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010). Com a preocupação de manter os recursos utilizados para a prática de avaliação psicológica qualificados, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da Resolução nº 002/2003 (CFP, 2003) estabelece que os instrumentos, no Brasil, para serem considerados aptos e estarem em condições de uso profissional, devem atender a um conjunto de requisitos mínimos estabelecidos pela Psicometria. Esses requisitos indicam que o instrumento deve possuir: A) apresentação da fundamentação teórica do instrumento com especial ênfase na definição do construto a ser avaliado e dos possíveis propósitos do instrumento e os contextos principais para os quais ele foi desenvolvido; B) Apresentação de evidências empíricas de validade e precisão das interpretações propostas para os escores do teste; C) Apresentação do sistema de correção e interpretação dos escores, explicitando a lógica que fundamenta o procedimento, em função do sistema de interpretação adotado; D) Apresentação clara dos procedimentos de aplicação e correção e das condições nas quais o teste deve ser aplicado para garantir a uniformidade dos procedimentos envolvidos na sua aplicação; E) Compilação das informações indicadas acima, bem como outras que forem importantes, em um manual contendo, pelo menos, informações sobre: o aspecto técnico-científico, o aspecto prático, (explicando a aplicação, correção e interpretação dos resultados do teste) e a literatura científica relacionada ao instrumento, indicando os meios para a sua obtenção (CFP, 2003; Primi & Nunes, 2010).

Fachel e Camey (2002) apontam que o psicólogo deve estar ciente das propriedades psicométricas de seus instrumentos devendo ser capaz de avaliar a qualidade de suas medidas. Na construção e adaptação de instrumentos psicológicos

deve-se verificar se estes são precisos e se medem o que realmente estão querendo medir. A precisão (fidedignidade) de um teste pode ser medida de várias formas, mas os conceitos principais dizem respeito a questão da estabilidade temporal (teste-reteste) e a da consistência interna (coeficiente alpha, concordância entre juízes) do instrumento (Fachel & Camey, 2002; Pasquali, 2003; Urbina, 2007; Fensterseifer & Werlang, 2011).

A validade por sua vez, possibilita verificar se determinado construto psicológico que o teste se propõe a avaliar está adequadamente representado, numa porção de itens, variáveis ou questões do instrumento e se realmente este avalia o que se presta a avaliar. Neste sentido, atualmente se trabalha com cinco fontes distintas de validade. A primeira se refere à evidência com base no conteúdo. Esta não é determinada estatisticamente, busca a representatividade dos itens do teste através da análise de diferentes “juízes” ou pessoas especialistas na teoria na qual o teste é embasado. A segunda é a evidência de validade baseada no processo de resposta, investiga os processos mentais que estão envolvidos com o construto que se pretende avaliar, é uma análise teórico-empírica, que trata de verificar os processos mentais subjacentes às respostas aos itens e à coerência entre as explicações produzidas e os dados empíricos. A terceira é baseada na estrutura interna do instrumento. Esta evidência se fundamenta nas correlações entre itens que avaliam o mesmo construto e entre subtestes que avaliam construtos similares. A quarta é a evidência de validade de critério que busca relação do instrumento com variáveis externas, neste caso a evidência está ligada com a possibilidade de o teste funcionar como preditor presente ou futuro de outra variável independente e também de poder correlacionar os resultados encontrados com o instrumento com variáveis que medem o mesmo construto (convergência) e com variáveis que medem construtos diferentes (divergência). A quinta e última evidência diz respeito ao impacto do instrumento na sociedade, é a avaliação de que se o teste está produzindo os efeitos esperados, de acordo com o objetivo inicial do mesmo (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Urbina, 2007; Primi, Muniz & Nunes, 2009; Primi & Nunes, 2010).

Tanto os testes psicométricos como os projetivos necessitam passar por essas avaliações antes de serem considerados aptos para o uso, uma vez que independente do tipo, é importante levar-se em conta que a validade do teste não se mede em si, mas esta medida é avaliada dentro do público que o mesmo se propõe a avaliar (Primi, Muniz & Nunes, 2009). Ambos os tipos de instrumentos possuem diferenças fundamentais. Os psicométricos são baseados em critérios mais objetivos, buscam quantificar um

determinado construto, podendo envolver respostas corretas ou incorretas e possibilitando averiguar se o sujeito está ou não adaptado aos padrões estabelecidos pelo meio ao qual está inserido. Os testes projetivos por sua vez são voltados para a avaliação de alguns elementos importantes da vida do indivíduo como a personalidade, as relações interpessoais e a dinâmica familiar, diferentemente dos psicométricos, avaliam construtos que não são observáveis, mas que dizem respeito ao funcionamento e estrutura do sujeito (Fensterseifer & Werlang, 2011).

Os testes projetivos nasceram na década de 1920, como ferramentas para avaliar o indivíduo de forma mais qualitativa, buscando informações a respeito de sua personalidade e individualidade com uma visão dinâmica sob esses aspectos. 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 de poderem acessar a personalidade e a individualidade, os testes projetivos também podem avaliar outros elementos que envolvem a vida e a complexidade do ser humano, como a dinâmica familiar e as relações interpessoais. Anzieu (1965) se referia aos testes projetivos como uma “nova maneira de praticar a psicologia” (p. 258), já que através dos mesmos se poderia obter informações e dados clínicos da pessoa, ou seja, a possibilidade de ter uma compreensão psicológica globalizada do indivíduo.

Este tipo de instrumento permite uma quase ilimitada variedade de respostas, não existindo certo ou errado, objetivando identificar o que está no intrapsíquico da pessoa, independente do conteúdo. Sendo assim, os testes projetivos são baseados na ideia de que a maneira como o indivíduo percebe e interpreta o material do teste, ou ainda, como estrutura as respostas ou histórias, reflete características de conteúdos internos através do mecanismo de projeção (Trinca, 1987).

O conceito de projeção, no contexto da teoria psicanalítica, passou por mudanças importantes ao longo do tempo desde seu surgimento. Freud (1894/1987a) definiu a projeção como um mecanismo de defesa do ego, quando a pessoa atribui aos outros, ou seja, ao seu exterior, impulsos e afetos indesejados de si próprio, como uma forma de ignorá-los sem precisar dar conta desses elementos. No entanto, o próprio Freud (1913/1974) possibilitou entender a projeção também como um mecanismo que pode ser consciente, normal e esperado a qualquer indivíduo. Graças à influência da teoria psicanalítica, a projeção como fenômeno, pôde ser compreendida em termos inconscientes, no sentido de que aspectos “desconhecidos” da personalidade são

expressos através deste mecanismo; e conscientes, uma vez que o indivíduo pode se expressar baseado em sua história conhecida, suas experiências, lembranças e características pessoais.

A partir da herança deixada pela psicanálise é que entram então 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.

Em função dessas características, os testes projetivos contribuem de forma significativa para o processo de entendimento do público infantil. O mundo interno da criança é ainda mais difícil de acessar, o modo de expressão é mais simbólico, não há uma comunicação verbal direta entre o profissional e a criança, para Trinca (1987), os testes projetivos nesse caso, se prestam a fazer uma ponte com o que há internamente na criança ou no adolescente.

Como possibilidades de testes projetivos utilizados no contexto infantil e adolescente, têm-se os instrumentos gráficos (de fazer desenhos) e os verbais (temáticos/associativos, de contar histórias e de completamento de histórias ou palavras). Especificamente sobre os chamados testes verbais encontram-se os testes em que o estímulo é: a) histórias incompletas que exigem que a criança elabore um final para elas; b) imagens pictóricas que retratam situações do cotidiano (individual ou familiar) ou personagens da literatura infantil em que a criança/adolescente deve organizar uma história com começo meio e fim ou deve responder a certas perguntas e c) imagens abstratas como as manchas de tintas em que a criança/adolescente precisa usar sua capacidade associativa para responder com o que o estímulo se parece (Cunha, 2002).

Tendo em vista a importância de poder avaliar o mundo infantil e do adolescente e que atualmente não há no Brasil testes projetivos para estas faixas etárias, aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), ou seja, que estejam qualificados dentro das exigências de qualidades psicométricas do CFP, o Teste de Apercepção Familiar (FAT), é um instrumento que possibilita avaliar o olhar da criança e do adolescente sobre o funcionamento familiar ao qual está inserido. Em linhas gerais,

é uma medida que serve para avaliar se a família é percebida como facilitadora ou não da saúde emocional de seus membros.

A possibilidade de se avaliar projetivamente o funcionamento e a estrutura familiar é ainda inédita no contexto brasileiro. Este instrumento é originalmente norte-americano, organizado por Sotile, Julian III, Henry e Sotile e publicado pela *Western Psychological Services* em 1991. O FAT é fundamentado na teoria sistêmica, e apresenta situações cotidianas que podem revelar certos aspectos das relações do contexto familiar, o que pode ser muito útil para fazer uma ponte entre avaliação individual e familiar e identificar aspectos da família que estejam funcionando de maneira funcional ou disfuncional e que possam estar facilitando ou prejudicando o desenvolvimento da criança.

Ter um instrumento projetivo que avalie aspectos familiares é de grande relevância, pois assim se terá acesso à percepção não dos conteúdos intrapsíquicos do indivíduo, mas de sua percepção sobre as relações intrafamiliares estabelecidas, os jogos interativos entre os membros da família e a dinâmica familiar como um todo (Fensterseifer & Werlang, 2011). O Teste de Apercepção Familiar – FAT analisa principalmente, conteúdos como a existência de conflito, capacidade de resolução do conflito, estabelecimento de fronteiras e comunicação.

Em um processo de avaliação psicológica, na qual se busca a maior quantidade de informações possíveis sobre o sujeito, olhar para a família traz contribuições fundamentais para o entendimento de aspectos psicológicos e até mesmo relacionais da pessoa que está sendo avaliada. Uma vez que o indivíduo recebe influência de sua família em seu desenvolvimento e da mesma forma sua existência contribui na vida dos seus familiares, assim, o modo como este se relaciona dentro deste sistema familiar, determina como será sua relação com o meio que o cerca.

A pessoa não pode ser considerada fora de seu ambiente familiar, já que não é um ser isolado, o sistema familiar modela e programa o comportamento e o sentido de identidade de seus membros e, sendo assim, há um crescimento e uma acomodação conjunta da família às mudanças da sociedade (Minuchin, 1982). De acordo com a teoria sistêmica, a reciprocidade é o princípio que conduz os relacionamentos. Esta teoria vê além de um entendimento linear de causa e efeito, ela convida as pessoas a pensarem sobre a sua responsabilidade na interação com os outros, ao mesmo tempo em que o indivíduo é responsável por suas atitudes, este comportamento é resultado da interação com os demais (Nichols & Schwartz, 2007). A importância da família para o

ser humano é um fator indiscutível. A transmissão de seus legados familiares por gerações nos mostra a perpetuação desta força familiar, e essas transmissões transgeracionais não só formam a identidade da família, como influenciam na identidade do indivíduo, já que este se insere em uma história preexistente, da qual é herdeiro (Wagner, 2005).

A teoria sistêmica propõe que a maneira de enfrentamento dos conflitos atuais de um indivíduo é similar ao que se aprende na família de origem, chamando a atenção para a ideia de transgeracionalidade e que existe em um sentido mais inconsciente, a manutenção de alguns sintomas que atravessam gerações e mantêm vivos alguns legados disfuncionais. É importante considerar que tanto nas famílias funcionais como nas disfuncionais há uma desacomodação periódica durante os pontos de transição do ciclo de vida familiar. Nenhuma família passa por essas mudanças sem estresse e sem resistir à mudança.

As famílias flexíveis, no entanto, não ficam aprisionadas em suas formas de funcionar, elas conseguem fazer diferente, modificam a maneira de enfrentamento, são capazes de se comunicar claramente e se adaptar. Enquanto que as famílias disfuncionais continuam perseverativas, usando um membro como sintoma para evitar a mudança (Nichols & Schwartz, 2007). Minuchin (1982), na década de 80 já enfatizava essa ideia destacando que a distinção de famílias sadias das patológicas tem a ver com a presença de uma estrutura familiar funcional capaz de lidar com problemas e adversidades. Os conflitos sempre existirão, o que as diferencia é a capacidade de resolvê-los de maneira adequada e o quanto a estrutura familiar favorece a isso.

À luz da teoria familiar sistêmica estrutural, a estrutura familiar é formada por subsistemas, ou seja, reagrupamentos particulares relacionais entre os membros da família. Esses subsistemas são uma forma de diferenciar as funções dentro dos sistemas, como esposo-esposa ou mãe-filho e pai-mãe, por exemplo. Cada um deles tem funções e exigências específicas (Minuchin & Fischman, 2003). O homem e a mulher, normalmente, fazem parte de dois subsistemas, o conjugal e o parental. O subsistema conjugal corresponde ao vínculo afetivo que os uniu para compartilhar interesses, metas, objetivos e aspirações. O subsistema parental envolve as mesmas pessoas, porém centrados em sua nova condição de progenitores, desempenhando tarefas de socialização da criança, sem perder o apoio mútuo do casal (Minuchin & Fischman 2003). Há ainda o subsistema fraternal, constituído pelos irmãos (Rios-Gozález, 1994; Minuchin & Fischman, 2003). Por meio desta integração a criança é capaz de

experimentalizar-se e conhecer-se, podendo, desta maneira, aprender a fazer amigos, aliados e assumir diferentes posições. Nesta filiação teórica, as fronteiras são as regras que definem quem e como participar dos subsistemas, constituem a proximidade e a distância dos membros, dentro e fora da família. Essas têm a função de proteger a diferenciação do sistema, interna e externa, podendo ser nítidas, rígidas e difusas (Minuchin & Fischman, 2003).

Quando existe uma ligação saudável entre os vários subsistemas, as fronteiras são nítidas. Por serem flexíveis, as funções são divididas adequadamente, os limites são normais e bem definidos. Elas se abrem o suficiente entre seus subsistemas e o exterior, sem perder sua identidade. Nas fronteiras difusas, a família gira em torno de si mesma, os problemas são misturados, todos interferem na vida de todos. A diferenciação individual não é realizada com eficácia, há um emaranhamento nas funções dos membros do sistema. Neste caso, pode haver uma confusão hierárquica, em que as regras e os papéis não são bem definidos. E por fim, as fronteiras rígidas apresentam-se em outro extremo, são aquelas que não possuem interferência alguma na vida dos membros da família, ou seja, são limites de desligamento emocional, em que ninguém intervém na vida do outro. Somente em casos em que o estresse individual é bastante elevado pode-se ultrapassar essas fronteiras (Minuchin & Fischman, 2003).

As famílias que permitem que seus membros desempenhem seus papéis e funções sem interferências indevidas, possuem nitidez em suas fronteiras, assim elas oferecem um ambiente seguro para o indivíduo experimentalizar-se. Uma família saudável necessita de fronteiras nítidas com uma comunicação aberta para não haver desligamento e nem emaranhamento em suas relações intrasistêmicas. Segundo Minuchin e Fischman (2003), através disso é possível que os membros da família tenham um contato com outros contextos sociais de maneira que não percam sua identidade como família e como indivíduo. Contudo, em famílias que possuem fronteiras excessivamente rígidas ou emaranhadas, a comunicação entre os subsistemas se torna falha e, conseqüentemente, a família precisa de mecanismos adaptativos para o enfrentamento dos problemas. Assim, o sistema familiar passa a ser disfuncional e os membros não conseguem lidar com as adversidades de maneira adequada.

Embora a família influencie os seus membros em qualquer momento da vida, ainda é na infância e na adolescência que o indivíduo está mais suscetível a essas interações, nesta época, as crianças são mais vulneráveis à dinâmica familiar. O Teste de Apercepção Familiar - FAT (Sotile, Julian III, Henry & Sotile, 1991) permite ao

avaliador entrar em contato com o funcionamento da família pelas lentes da criança e do adolescente. O sujeito que está sendo avaliado mostra, nas suas histórias, como está percebendo o ambiente onde vive e como o mesmo está afetando o seu desenvolvimento.

Através do embasamento teórico descrito viu-se que a criança e o adolescente recebem uma influência expressiva de sua família o que certamente determinará seu funcionamento individual e suas relações interpessoais. Da mesma forma, há necessidade de se ter instrumentos, como os testes projetivos, que auxiliem na avaliação e intervenção clínica com crianças e adolescentes. Sendo assim, para ser possível a utilização do Teste de Apercepção Familiar (FAT) na realidade brasileira, é necessário que se desenvolva estudos de validade para evidenciar que o mesmo avalia o que se propõe a avaliar. Se um instrumento não possui evidências de validade, não é possível saber se as respostas produzidas por ele indicam efetivamente as características do testando. Além disso, segundo Primi e Nunes (2010) é importante levar em consideração os propósitos (descrição, classificação diagnóstica, predição, planejamento de intervenções e monitoramento) e contextos para poder fazer uma escolha adequada do tipo de evidência de validade que o teste será submetido.

A organização desta Dissertação segue as orientações do Ato Normativo N° 002/07 de 06/11/2007 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Com base na operacionalização do projeto de Dissertação, no estudo de material bibliográfico e na análise dos dados coletados com os participantes em estudo, foi possível organizar duas seções.

A Seção I compreende uma revisão teórica intitulada “O Construto Fronteiras na Funcionalidade Familiar”. Nesta produção, procura-se explicar de maneira mais aprofundada, aspectos da teoria sistêmica que falam sobre a estrutura familiar, mais especificamente do conceito de Fronteiras Familiares, reponsáveis pela organização das relações familiares. Para tanto, foi realizada uma busca nas obras literárias clássicas desta teoria, bem como em artigos atualizados na área.

A Seção II que leva o nome de “Estudo de Evidência de Validade de Critério do Teste de Apercepção Familiar”, retrata uma pesquisa de cunho quantitativo, do tipo transversal, incluindo-se na categoria de estudos instrumentais (de propriedades psicométricas), como expressam Montero e León (2005). Esta seção diz respeito a um estudo de evidência de validade de critério baseado na relação com variáveis externas (diagnósticos clínico-psiquiátricos). Assim, pretendeu-se identificar a qualidade do

instrumento de funcionar como um preditor presente ou futuro de algum critério observável.

O objetivo da Seção II foi identificar evidências de que o Teste de Apercepção Familiar (FAT) avalia realmente o funcionamento e a estrutura familiar e que as variáveis de seu Sistema de Categorização de Respostas são sensíveis de estarem presentes nas respostas dadas pelas crianças nos diferentes grupos amostrais. Este estudo contribui para o processo de adaptação do FAT à realidade brasileira. Além desta produção, há concluído por meio de uma tese de doutorado intitulada “Teste de Apercepção Familiar: sistema de categorização das respostas e fidedignidade entre avaliadores” (Fensterseifer, 2008) um estudo de Fidedignidade entre Avaliadores e Validade de Conteúdo do FAT, no qual foi desenvolvido um Sistema de Caracterização de Respostas (versão brasileira) do instrumento, baseado no sistema originalmente apresentado pelos autores americanos (Sotile et al., 1991).

Assim, para atingir o objetivo desta dissertação, foi utilizada uma amostra total de 451 participantes. A caracterização da amostra se deu a partir da aplicação de uma Ficha de Dados Sócio-demográficos (ver Anexo C), preenchida pelos pais e/ou responsáveis pelas crianças. O Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999) para os sujeitos com idade entre 06 e 11 anos e meio, e o Teste Matrizes Progressivas – Escala Geral (Raven, 2003), para as de 11 anos e 07 meses a 15 anos, foi utilizado para a avaliação do potencial cognitivo das crianças pesquisadas. O instrumento alvo do estudo foi o Teste de Apercepção Familiar – FAT. Ainda para o grupo clínico foi administrado o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência/CBCL (Bordin, Mari & Caieiro, 1995), para acompanhar as hipóteses diagnósticas já formuladas pelo técnico que acompanhava estas crianças e adolescentes.

A amostra não clínica contou com 329 sujeitos e a amostra clínica com 122 sujeitos. Os diagnósticos que comportam a amostra clínica foram: Transtorno de Ansiedade, Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno Desafiador Opositor. Os pais e/ou responsáveis pelas crianças que participaram do estudo, foram informados acerca da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo das identidades e do material coletado, bem como, da natureza da pesquisa e a que este estudo se propõe. A autorização concedida por todos os pais ou responsáveis da participação dos seus filhos (a) foi por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexos E e G).

A amostra geral constituída por 329 sujeitos foi dividida em 16 grupos, de acordo com faixa etária (seis a onze anos e doze a quinze anos), sexo (feminino e masculino), tipo de escola (pública e privada) e cidade (Porto Alegre e Belo Horizonte), conforme mostra a Figura 1 (abaixo).

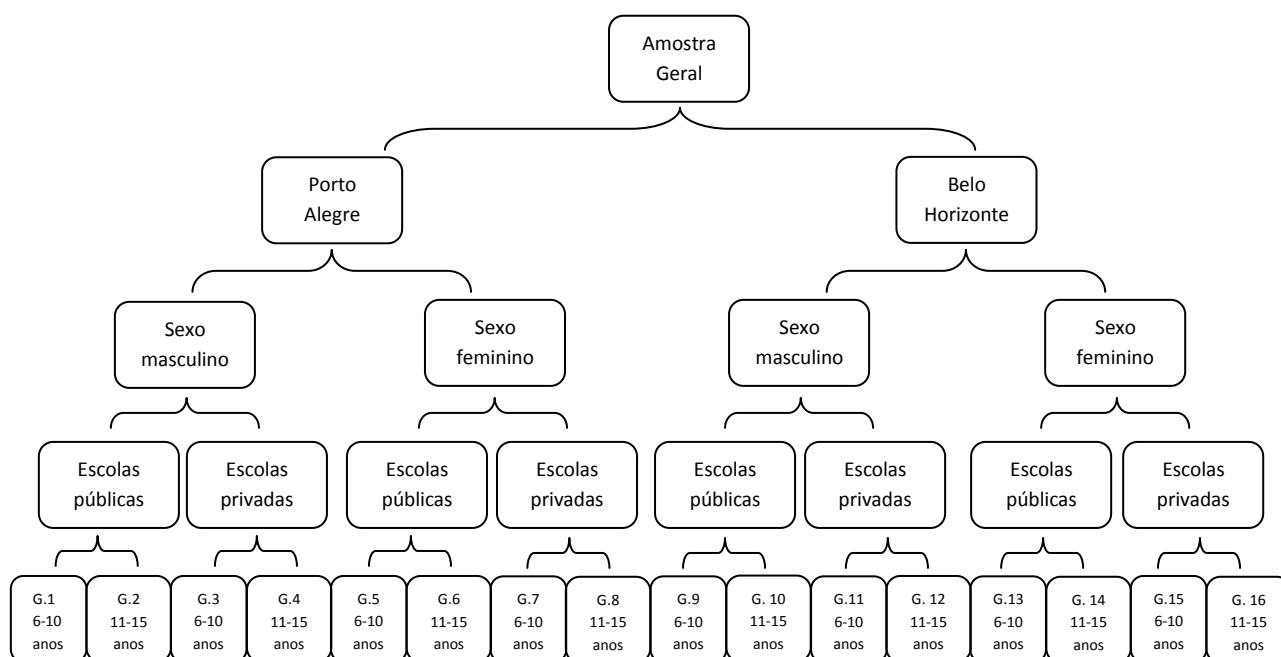


Figura 1. Processo de Amostragem dos participantes da amostra não clínica (geral)

Os participantes da população não clínica foram encontrados em escolas das cidades de Porto Alegre/RS (221, 67,2%) e Belo Horizonte/MG (108, 32,8%), sendo que 186 (56,5%) em escolas públicas e 143 (43,5%) em escolas privadas. A idade média da amostra não clínica foi de 10,32 anos (DP=2,57), em que 156 (47,4%) são do sexo masculino e 173 (52,6%) do sexo feminino (ver tabela 1). Com relação ao ano escolar dos participantes desta amostra, 302 (91,5%) crianças e adolescentes não repetiram nenhum ano escolar, conforme pode ser visto na Tabela 2, dado que corrobora com a percepção positiva dos pais e/ou cuidadores dos participantes que apresentaram percepções entre ótimo (142, 43,2%) e bom (153, 46,5%) sobre o desempenho escolar dos mesmos. Os achados do desempenho intelectual dos 329 sujeitos, exibidos na Tabela 3, confirmam também estes resultados.

Tabela 1. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme sexo e idade (n=329).

Gênero	Idade	Nº de Sujeitos	%
Feminino	06	10	3,0
Masculino	06	06	1,8
Feminino	07	12	3,6
Masculino	07	18	5,5
Feminino	08	22	6,7
Masculino	08	23	7,0
Feminino	09	30	9,1
Masculino	09	20	6,1
Feminino	10	20	6,1
Masculino	10	14	4,3
Feminino	11	19	5,8
Masculino	11	21	6,4
Feminino	12	17	5,2
Masculino	12	19	5,8
Feminino	13	16	4,9
Masculino	13	16	4,9
Feminino	14	14	4,3
Masculino	14	12	3,6
Feminino	15	13	4,0
Masculino	15	07	2,1
Total		329	100

Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme o ano escolar atual frequentado (n=329).

Ano escolar	f	%
Pré-escola	06	1,8
1ª série do Ensino Fundamental	36	10,9
2ª série do Ensino Fundamental	35	10,6
3ª série do Ensino Fundamental	45	13,7
4ª série do Ensino Fundamental	36	10,9
5ª série do Ensino Fundamental	45	13,7
6ª série do Ensino Fundamental	37	11,2
7ª série do Ensino Fundamental	41	12,5

8ª série do Ensino Fundamental	30	9,1
9ª série do Ensino Fundamental	1	0,3
1º ano do Ensino Médio	9	2,7
2º ano do Ensino Médio	8	2,4
Total	329	100

Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra não clínica conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (n=329).

Classificação Intelectual	F	%
Superior	118	35,9
Acima da Média	88	26,7
Média	80	24,3
Média Inferior	43	13,1
Total	329	100

Outros dados importantes a respeito da amostra não clínica é que a maioria das crianças e adolescentes, representando um total de 152 (46,2%) sujeitos residem com pai, mãe e, pelo menos, um irmão, conforme foi revelado na Tabela 4. Além disso, 147 (44,7%) participantes, ou seja, a maioria da amostra está acima de cinco salários mínimos, conforme indica a Tabela 5.

Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra não clínica, conforme as pessoas com quem o participante reside (n=329)

Com quem o participante reside	F	%
Somente com a mãe	18	5,5
Pai e mãe	36	10,9
Pai e irmãos	3	0,9
Mãe e irmãos	26	7,9
Pai, mãe e irmão(s)	159	48,3
Padrasto, mãe e irmão(s)	15	4,7
Pai, madrasta e irmão(s)	5	1,5
Somente com avós	8	2,4
Pai, mãe e avós	5	1,5
Pai, mãe, irmão(s) e avós	34	10,3
Mãe, irmão(s) e avós	18	5,5

Pai, irmão(s) e avós	2	0,6
Total	329	100

Tabela 5. Distribuição em termos de frequência e porcentagem do grupo amostral da população não clínica, conforme renda familiar (n=329).

Renda familiar	f	%
Até 1 salário mínimo	23	7,0
1 a 3 salários mínimos	75	22,8
3 a 5 salários mínimos	81	24,6
Acima de 5 salários mínimos	147	44,7
Sem Informação	03	0,9
Total	329	100

Com base nos achados colhidos nas fichas de dados sociodemográficos, 314 participantes, o que equivale a 95,4% da amostra da população geral, não apresenta doença física. O restante, ou seja, 13 crianças e adolescentes (4,0%) que apresentaram alguma doença física, 04 (1,2%) indicaram problemas respiratórios (asma ou bronquite). A respeito de doença psicológica, 314 sujeitos, representando a maioria da amostra (95,4%), não apresentam diagnóstico psicológico ou psiquiátrico. Sobre os 08 sujeitos (2,4%) que apresentaram algum diagnóstico, 07 (2,1%) têm TDAH. Além disso, dos 61 (18,5%) participantes que fazem algum tipo de tratamento, 17 (5,2%) fazem tratamento médico geral, 17 (5,2%) psicoterapia e 12 (3,6%) tratamento para problemas respiratórios. Com relação ao uso de medicamentos, 3% (10 participantes) utilizam medicamentos para o tratamento de asma ou bronquite.

A certa da amostra clínica, representada por 122 participantes, 28 sujeitos eram diagnosticados com Transtorno de Ansiedade, 25 com Transtorno Depressivo, 29 com Transtorno de Conduta, 20 com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e 20 com Transtorno Desafiador Opositor. Do total dos 122 participantes, 87 (71,3%) são do sexo masculino e 35 (28,7%) do sexo feminino. A idade média desta amostra é de 10,39 anos (DP=2,17). Esses dados podem ser visto de maneira mais detalhada na Tabela 6, a qual expõe também a distribuição do diagnóstico psiquiátrico.

Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra clínica, conforme sexo e idade (n=122).

Gênero	Idade	f	%
---------------	--------------	----------	----------

T. Depressivo			
Feminino	06	00	00
Masculino	06	00	00
Feminino	07	01	4,0
Masculino	07	01	4,0
Feminino	08	02	8,0
Masculino	08	00	00
Feminino	09	01	4,0
Masculino	09	02	8,0
Feminino	10	03	12,0
Masculino	10	03	12,
Feminino	11	02	8,0
Masculino	11	01	4,0
Feminino	12	01	4,0
Masculino	12	02	8,0
Feminino	13	00	00
Masculino	13	04	16,0
Feminino	14	00	00
Masculino	14	01	4,0
Feminino	15	01	4,0
Masculino	15	00	00
T. Ansiedade			
Feminino	06	00	00
Masculino	06	00	00
Feminino	07	00	00
Masculino	07	01	3,6
Feminino	08	00	00
Masculino	08	02	7,1
Feminino	09	01	3,6
Masculino	09	02	7,1
Feminino	10	01	3,6
Masculino	10	01	3,6
Feminino	11	00	00
Masculino	11	08	28,6
Feminino	12	02	7,1
Masculino	12	01	3,6
Feminino	13	01	3,6
Masculino	13	06	21,4
Feminino	14	00	00
Masculino	14	02	7,1
Feminino	15	00	00
Masculino	15	00	00
T. Conduta			
Feminino	06	00	00
Masculino	06	02	6,9
Feminino	07	01	3,4
Masculino	07	01	3,4
Feminino	08	02	6,9
Masculino	08	06	20,7

Feminino	09	00	00
Masculino	09	02	6,9
Feminino	10	02	6,9
Masculino	10	02	6,9
Feminino	11	03	10,3
Masculino	11	05	17,2
Feminino	12	01	3,4
Masculino	12	00	00
Feminino	13	00	00
Masculino	13	01	3,4
Feminino	14	00	00
Masculino	14	00	00
Feminino	15	00	00
Masculino	15	01	3,4

**T. Desafiador
Opositor**

Feminino	06	00	00
Masculino	06	00	00
Feminino	07	00	00
Masculino	07	04	20,0
Feminino	08	00	00
Masculino	08	02	10,0
Feminino	09	00	00
Masculino	09	03	15,0
Feminino	10	00	00
Masculino	10	03	15,0
Feminino	11	02	10,0
Masculino	11	02	10,0
Feminino	12	00	00
Masculino	12	04	20,0
Feminino	13	00	00
Masculino	13	00	00
Feminino	14	00	00
Masculino	14	00	00
Feminino	15	00	00
Masculino	15	00	00

TDAH

Feminino	06	02	10,0
Masculino	06	00	00
Feminino	07	00	00
Masculino	07	00	00
Feminino	08	01	5,0
Masculino	08	01	5,0
Feminino	09	00	00
Masculino	09	01	5,0
Feminino	10	00	00
Masculino	10	01	5,0
Feminino	11	02	10,0
Masculino	11	04	20,0

Feminino	12	02	10,0
Masculino	12	02	10,0
Feminino	13	00	00
Masculino	13	01	5,0
Feminino	14	00	00
Masculino	14	01	5,0
Feminino	15	01	5,0
Masculino	15	01	5,0
Total		122	100

Com relação o a situação escolar dos participantes da amostra clínica, 48 (39%) sujeitos repetiram alguma série na escola. Especificando os diagnósticos dessa amostragem: 07 (14,6%) sujeitos apresentavam Transtorno Depressivo, 09 (18,8%) Transtorno de Ansiedade, 15 (31,3%) Transtorno de Conduta, 04 (8,3%) Transtorno Desafiador Opositor e 13 (27,1%) TDAH. Essas informações podem ser vistas na Tabela 7. Outro achado importante é que 40 participantes (32,8%) mostram desempenho escolar regular, e 19 (15,6%) já foram expulsos ou suspensos.

Corroborando com esses achados, o desempenho da maior parte dos participantes no Teste das Matrizes Progressivas de Raven (Escala Colorida e Geral) foi entre médio e médio inferior. Esse resultado foi similar nos grupos diagnósticos. Como pode ser evidenciado na Tabela 8.

Tabela 7. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra clínica, conforme série escolar atual frequentada (n=122).

Série escolar	f	%
T. Depressivo		
Pré-escola	0	0
1a série Ensino Fundamental	2	8,0
2a série Ensino Fundamental	2	8,0
3a série Ensino Fundamental	3	12,0
4a série Ensino Fundamental	4	16,0
5a série Ensino Fundamental	7	28,0
6a série Ensino Fundamental	4	16,0
7a série Ensino Fundamental	1	4,0
8a série Ensino Fundamental	1	4,0
1o ano Ensino Médio	0	0
2o ano Ensino Médio	1	4,0
T. Ansiedade		
Pré-escola	0	0
1a série Ensino Fundamental	0	0
2a série Ensino Fundamental	3	10,7
3a série Ensino Fundamental	4	14,3
4a série Ensino Fundamental	2	7,1

5a série Ensino Fundamental	8	28,6
6a série Ensino Fundamental	5	17,9
7a série Ensino Fundamental	3	10,7
8a série Ensino Fundamental	2	7,1
1o ano Ensino Médio	0	0
2o ano Ensino Médio	1	3,6
T. Conduta		
Pré-escola	0	0
1a série Ensino Fundamental	1	3,4
2a série Ensino Fundamental	4	13,8
3a série Ensino Fundamental	6	20,7
4a série Ensino Fundamental	6	20,7
5a série Ensino Fundamental	3	10,3
6a série Ensino Fundamental	6	20,7
7a série Ensino Fundamental	2	6,9
8a série Ensino Fundamental	1	3,4
1o ano Ensino Médio	0	0
2o ano Ensino Médio	0	0
T. Desafiador Opositor		
Pré-escola	0	0
1a série Ensino Fundamental	5	25,0
2a série Ensino Fundamental	1	5,0
3a série Ensino Fundamental	4	20,0
4a série Ensino Fundamental	2	10,0
5a série Ensino Fundamental	4	20,0
6a série Ensino Fundamental	2	10,0
7a série Ensino Fundamental	2	10,0
8a série Ensino Fundamental	0	0
1o ano Ensino Médio	0	0
2o ano Ensino Médio	0	0
TDAH		
Pré-escola	1	5,0
1a série Ensino Fundamental	1	5,0
2a série Ensino Fundamental	1	5,0
3a série Ensino Fundamental	1	5,0
4a série Ensino Fundamental	5	25,0
5a série Ensino Fundamental	8	40,0
6a série Ensino Fundamental	2	10,0
7a série Ensino Fundamental	1	5,0
8a série Ensino Fundamental	0	0
1o ano Ensino Médio	0	0
2o ano Ensino Médio	0	0
Total	122	100

Tabela 8. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da capacidade intelectual avaliada pelo Raven dos participantes da amostra clínica (n=122).

Classificação Intelectual	F	%
T. Depressivo		

Superior	6	24,0
Médio Superior	1	4,0
Médio	4	16,0
Médio Inferior	14	56,0
T. Ansiedade		
Superior	1	3,6
Médio Superior	5	17,9
Médio	5	17,9
Médio Inferior	17	60,6
T. Conduta		
Superior	6	20,7
Médio Superior	3	10,3
Médio	6	20,7
Médio Inferior	14	48,3
T. Desafiador Opositor		
Superior	8	40,0
Médio Superior	2	10,0
Médio	4	20,0
Médio Inferior	6	30,0
TDAH		
Superior	3	15,0
Médio Superior	2	10,0
Médio	5	25,0
Médio Inferior	10	50,0
Total	122	100

No que tange o núcleo familiar da população clínica, foi evidenciado que a maioria dos sujeitos, ou seja, 62,29% (76 sujeitos) possuem novas configurações familiares: famílias monoparentais, em situações de recasamento, ou integrada com a família estendida (avós). Especificamente, nos grupos Transtorno Depressivo e Transtorno de Conduta, a maior parte dos participantes moram com a mãe e, pelo menos, um irmão. Os sujeitos com Transtorno de Ansiedade, em sua maioria, moram com o padrasto (além da mãe e irmãos). Enquanto que nos grupos de Transtorno Desafiador Opositor e TDAH, a maior parte dos participantes reside com pai, mãe e, pelo menos, um irmão. Essas informações podem ser melhor contempladas na Tabela 9. A Tabela 10 apresenta os resultados referentes à renda familiar destes sujeitos.

Tabela 9. Distribuição em termos de frequência e porcentagem da amostra clínica, conforme as pessoas com quem o participante reside (n=122).

Com quem o participante reside	F	%
T. Depressivo		
Somente com o pai	1	4,0
Somente com a mãe	1	4,0

Mãe e irmão(s)	9	36,0
Pai, mãe e irmão(s)	8	32,0
Padrasto, mãe e irmão(s)	2	8,0
Mãe e avós	3	12,0
Não informado	1	4,0
T. Ansiedade		
Somente com a mãe	1	3,6
Pai e mãe	4	14,3
Padrasto, mãe e irmão(s)	8	28,6
Mãe e irmão(s)	6	21,4
Pai, mãe e irmão(s)	7	25,0
Irmão(s) e avós	2	7,1
T. Conduta		
Somente com a mãe	3	10,3
Pai e irmão(s)	1	3,4
Mãe e irmão(s)	12	41,5
Pai, mãe e irmão(s)	9	31,1
Padrasto, mãe e irmão(s)	2	6,9
Irmão(s) e avós	1	3,4
Não informado	1	3,4
T. Desafiador Opositor		
Somente com a mãe	3	15,0
Mãe e irmão(s)	5	25,0
Pai, mãe e irmão(s)	7	35,0
Padrasto, mãe e irmão(s)	4	20,0
Pai, madrasta e irmão(s)	1	5,0
TDAH		
Somente com o pai	1	5,0
Somente com a mãe	4	20,0
Pai e madrasta	1	5,0
Pai e irmão(s)	1	5,0
Mãe e irmão(s)	2	10,0
Pai, mãe e irmão(s)	11	55,0
Total	122	100

Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagem do grupo amostral da população clínica, conforme renda familiar (n=122).

Renda familiar	F	%
T. Depressivo		
Até 1 salário mínimo	4	16,0
1 a 3 salários mínimos	15	60,0
3 a 5 salários mínimos	2	8,0
Acima de 5 salários mínimos	2	8,0
Sem Informação	2	8,0
T. Ansiedade		
Até 1 salário mínimo	7	25,0
1 a 3 salários mínimos	14	50,0
3 a 5 salários mínimos	4	14,3
Acima de 5 salários mínimos	2	7,1

Sem Informação	1	3,6
T. Conduta		
Até 1 salário mínimo	11	37,9
1 a 3 salários mínimos	15	51,7
3 a 5 salários mínimos	2	6,9
Acima de 5 salários mínimos	1	3,4
T. Desafiador Opositor		
Até 1 salário mínimo	6	30,0
1 a 3 salários mínimos	10	50,0
3 a 5 salários mínimos	3	15,0
Acima de 5 salários mínimos	1	5,0
TDAH		
Até 1 salário mínimo	4	20,0
1 a 3 salários mínimos	9	45,0
3 a 5 salários mínimos	4	20,0
Acima de 5 salários mínimos	1	5,0
Sem Informação	2	10,0
Total	122	100

Por fim, as comorbidades diagnósticas analisadas através do CBCL, estão apresentadas na tabela 11. Evidenciando que os participantes da pesquisa possuem, também, outras hipóteses diagnósticas.

Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes do grupo clínico conforme comorbidades (n=122).

Grupos	Comorbidades CBCL	f	%
T. Depressivo	Ansiedade	14	56,0
	Conduta	7	28,0
	Desafiador Opositor	13	52,0
	TDAH	6	24,0
	Somatização	4	16,0
T. Ansiedade	Depressão	10	35,7
	Conduta	4	14,3
	Desafiador Opositor	3	10,7
	TDAH	4	14,3
	Somatização	3	10,7
T. Conduta	Depressão	13	44,8
	Ansiedade	11	37,9
	Desafiador Opositor	19	65,5
	TDAH	18	62,1
	Somatização	1	3,4
T. Desafiador Opositor	Depressão	7	35,0
	Ansiedade	11	55,0
	Conduta	10	50,0
	TDAH	7	35,0
	Somatização	0	0
TDAH	Depressão	8	40,0

Ansiedade	8	40,0
Conduta	7	35,0
Desafiador Opositor	7	35,0
Somatização	2	10,0

Um estudo de evidência de validade da estrutura interna do FAT, que foi realizado em paralelo a essa dissertação, extraiu 5 fatores na análise fatorial das respostas do FAT: Fator 1 - Disfuncionalidade familiar e aspectos emocionais envolvidos, Fator 2 - Aspectos favorecedores de funcionalidade familiar, Fator 3 - Resolução positiva de conflitos, Fator 4 - Consequência do emaranhamento de papéis e Fator 5 - Fenômenos especiais de cunho evitativo. O estudo de evidência de validade de critério do FAT, objetivo principal desta dissertação, apresentado na seção II, constatou que os fatores 1 e 5 demonstraram diferença em nível significativo entre as médias comparando os subgrupos amostrais em relação aos 5 fatores. Ainda, o grupo da população geral, diferenciou-se em nível significativo de todos os outros subgrupos clínicos, exceto do subgrupo de crianças com diagnóstico Desafiador.

Esta dissertação de mestrado buscou também, explorar teoricamente conceitos da teoria sistêmica que abordassem especificamente a estrutura familiar, bem como, o construto fronteiras, tema foco da seção I, mostrando a partir desse estudo, as influências que o sistema familiar tem sob o sujeito e como a organização da família influencia no funcionamento e na estrutura do sujeito. Além disso, esta produção colabora para a adaptação do FAT à realidade brasileira, juntamente com os outros estudos que foram realizados (fidedignidade entre avaliadores, de evidência de validade com base na estrutura interna do Sistema de Categorização de Respostas do FAT).

Referências

- 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.
- Anzieu, D. (1965). *Les Méthods Projectives*. Paris: Presses, Univ. France.

- 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.
- Bordin, I. A. S.; Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Check list (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP – APAL*, 17, (2).
- Cunha, J. A. (2002). Catálogo de técnicas úteis. In J. A. Cunha. *Psicodiagnóstico-V*. (pp. 202-290). (5° ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fachel, J. & Camey, S. (2002). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico-V*. (pp. 158-170) (5° ed). Porto Alegre: Artmed.
- Fensterseifer, L. (2008). *Teste de Apercepção Familiar*: sistema de categorização das respostas e fidedignidade entre avaliadores. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia PUCRS.
- Fensterseifer, L. & Werlang, B. S. G. (2011). 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.
- 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. (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.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2005). *A Psicologia e a Vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Gleitman, H., Reisberg, D. & Gross, J. (2009). *Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. & Fiscman, H. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- 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.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. (7^o ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. (2^a ed.) Petrópolis: Vozes.
- Primi, R. & Nunes, C. H. S. S. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: A. A. Santos, A. A. Aneche, A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes, M. Tavares, M. C. Ferreira & R. Primi, (Orgs.). *Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 101-127). Brasília: CFP.
- 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.
- Regulamentação do uso, elaboração e comercialização de Testes Psicológicos, *Resolução CFP n.º. 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>.
- Rios Gonzáles, J. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Fundación instituto de ciencias del hombre.
- Sotile, W. M., Julian III, A., Henry, S. E. & Sotile, M. O. (1991). *Family Apperception Test: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Trinca, W. (1987). Investigação Clínica da Personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática. In: C. R. Rappaport. (Org.). *Temas Básicos de Psicologia*. (2^o ed). São Paulo: EPU
- 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.
- Wagner, A. (2005). *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Werlang, B. S. G. & Argimon, I. de L. (2003). Avaliação Psicológica na Prática Clínica. In: A. C. N.; G. C. G. & N. R. Furtado. (Orgs.). *Psiquiatria para Estudantes de*

Medicina. (pp. 294-300.) Porto Alegre: EDIPUCRS.

Werlang, B. S. G., Villemor-Amaral, A. E. & Nascimento, R. S. G. F. (2010).
Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In: A. A. Santos, A. A.
Aneche, A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang, C. T. Reppold, C. H. S. S Nunes,
M. Tavares, M. C. Ferreira & R. Primi, (Orgs.). *Avaliação Psicológica: diretrizes
na regulamentação da profissão* (pp. 87-99). Brasília: CFP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A lei da reciprocidade impera nas famílias, o que acontece com um membro, afeta todos os demais, portanto, as dinâmicas relacionais familiares não podem mais serem desassociadas com a saúde mental dos seus membros. O sistema familiar possui leis próprias de funcionamento e os seus integrantes participam ativamente dessa configuração impregando seu estilo e absorvendo o jeito da família funcionar. Este processo se reforça constantemente, mantendo a homeostase familiar. Nos casos de famílias funcionais, que apresentam interações saudáveis, identifica-se a presença de fronteiras intrasistêmicas flexíveis, permitindo que seus membros possam trocar informações com seus familiares, mas também com pessoas fora dessa rede. Essas famílias se caracterizam por possuírem papéis complementares entre o casal, promovendo espaço para troca de afetos e opiniões entre todo o sistema, incentivando a autonomia dos seus membros. Já em famílias com fronteiras rígidas ou emaranhadas, a estrutura é disfuncional, a forma como as pessoas se organizam e se relacionam influenciam de maneira negativa o desenvolvimento dos seus membros.

Foi visto nesta dissertação, que o fator 1, “Disfuncionalidade familiar e aspectos emocionais envolvidos”, mostrou uma representatividade significativa para diferenciar o grupo clínico do não clínico. Este fator abrange aspectos principalmente negativos do funcionamento familiar, tendo como tipo de fronteiras, as rígidas. Fazendo um entendimento com a teoria sistêmica, as fronteiras rígidas são aquelas nas quais os membros são desligados emocionalmente, esses não se conectam com os sentimentos dos demais, deixando de oferecer a atenção e o acolhimento necessário que muitas vezes é primordial para o sentido de segurança e limite dos seus membros. Nestes casos, somente um acontecimento de grande porte, ou seja, um estresse significativo faz com que haja essa conexão, assim a função protetora da família mostra-se deficitária. Além disso, as fronteiras rígidas ao mesmo tempo em que possuem rigidez nas relações intrasistêmicas, elas são difusas com o meio externo, portanto, não há um controle com quem e como os membros se relacionam. Há uma espécie de consentimento por parte dessas famílias as condutas desadaptadas dos seus membros na sociedade (Minuchin & Fischman, 2003).

Em vista disso, o FAT colabora para abordar a dinâmica relacional do sistema familiar, servindo como ponte para o psicólogo obter informações sobre as interações entre os membros da família. O exercício de avaliar psicologicamente um sujeito requer

uma série de procedimentos que incluem entrevistas e aplicações de técnicas e instrumentos. Sendo assim, além de os testes serem qualificados, os psicólogos que os utilizam devem possuir o conhecimento necessário para utilizá-los de forma ética e responsável. No processo de avaliação psicológica o psicólogo tem acesso a todas as instâncias da vida do indivíduo, aspectos da personalidade, cognitivos, afetivos e relacionais, cabe à ele eleger adequadamente quais instrumentos utilizará nesta investigação considerando a demanda do paciente. Assim, a qualidade deve estar presente no profissional que conduz o processo e no instrumento em si.

Apresentar estudos de validade é uma condição obrigatória para a adaptação de um teste psicológico, legitimando assim o seu uso. A utilização de um instrumento que possui parâmetros psicométricos oferece segurança e confiabilidade no diagnóstico de pessoas em diferentes contextos. Assim, este estudo contribui com a adaptação do FAT à realidade brasileira, fornecendo juntamente com os outros estudos que foram realizados: estudo de fidedignidade entre avaliadores e estudo de evidência de validade com base na estrutura interna do Sistema de Categorização de Respostas do FAT, comprovações empíricas sobre sua capacidade avaliativa.

No que tange o estudo de validade de critério, esta dissertação demonstrou que o FAT obteve resultados bastante importantes no sentido de indicar que alguns fatores do teste são bons para diferenciar os subgrupos que integram a amostra do estudo. Sendo importante ressaltar que, atualmente fala-se em diferentes fontes de evidência de validade e a escolha por trabalhar com a validade de critério ocorreu a partir de uma avaliação sobre as características psicológicas do teste e as aplicações práticas a que ele se propõe (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999; Urbina, 2007; Primi & Nunes, 2010).

Para finalizar, esta dissertação, além de demonstrar resultados promissores no estudo evidência de validade de critério colaborando na comprovação da capacidade do teste de avaliar o que se propõe: estrutura e o funcionamento familiar. Contribui para a concessão de um teste psicológico de tipo projetivo, visto que, esse tipo de teste oferece informações valiosas para o entendimento clínico. Esta produção reafirma ainda, o valor da família na vida do indivíduo, reforçando a importância sobre o cuidado de considerar o sistema familiar do indivíduo em um processo de avaliação.

Referências

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.

Minuchin, S. & Fischman, H. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 152/05-CEP

Porto Alegre, 23 de fevereiro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Teste de apercepção familiar: estudo de fidedignidade e validade".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, com a recomendação de que as cartas de autorização das Instituições onde será realizada a pesquisa deverá ser apresentada dentro de 90 dias.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Blanca Suzana Guevara Werlang
N/Universidade

Anexo B – Aprovação no Exame de Qualificação da PUCRS



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

Ofício 042/2011 – FCC

Porto Alegre, 24 de novembro de 2011.

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu projeto intitulado **“Teste de Apercepção Familiar (FAT): Estudo de Validade de Critério”**

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido à aprovação do projeto maior **“Teste de Apercepção familiar: Estudo de Fidedignidade e Validade”**, conforme ofício CEP nº 152/05.



Atenciosamente,

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Presidente da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia

Ilmo(a) Sr(a)

Orientador(a): Blanca Susana Guevara Werlang

Pesquisador(a): Cristina Fiad Aragonez

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 C – Ficha de Dados Sociodemográficos

Instituição: _____

Data:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) CRIANÇA/ADOLESCENTE

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(a) ou expulso(a) 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? _____

DADOS FAMILIARES:

Com quem mora o (a) aluno (a)?

() 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 D – Carta aos pais (Estudantes)

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__.

Senhores Pais ou Responsáveis,

Através desta, gostaríamos de lhes explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com crianças e adolescentes entre 06 e 15 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 Blanca Guevara Werlang. Sabe-se, através da experiência profissional, que para que um instrumento de avaliação psicológica possa ser utilizado com segurança, ele deve apresentar características que possibilitem confiança nos dados que produz, sendo necessária, então, a adaptação do mesmo para a realidade brasileira. Assim sendo, o objetivo deste estudo é a adaptação do Teste de Apercepção Familiar – FAT (originariamente americano), com o intuito de poder ter um instrumento confiável para a identificação do funcionamento e da estrutura familiar, na percepção de quem responde ao instrumento.

Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa. Para isso, ele(a) deverá responder, a dois instrumentos (Teste Matrizes Progressivas de Raven e Teste de Apercepção Familiar – FAT). Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar, em dois encontros, com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar danos ao andamento normal das atividades curriculares. A princípio, o maior incômodo a que seu 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 e adolescentes em estudo. Com isso, pretende-se manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Desde já agradecemos muito por sua colaboração e solicitamos que a Ficha de Dados Demográficos e o Termo de Consentimento, em anexo, sejam enviados através de seu filho(a), para a escola, em um prazo de dois dias. Esta carta fica com você, bem como uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Prof^a. Dr^a. Blanca Guevara Werlang

CRP/072126

Anexo E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudantes)

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho(a) possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo a adaptação do Teste de Apercepção Familiar – FAT (originariamente americano) para a realidade brasileira. O intuito é ter um instrumento confiável para a identificação do funcionamento e da estrutura familiar, na percepção de quem responde ao instrumento. Tal estudo prevê a participação de crianças e adolescentes entre 06 e 15 anos, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que as crianças e os adolescentes respondam a dois instrumentos (Teste Matrizes Progressivas de Raven e Teste de Apercepção Familiar – FAT). Essa atividade será realizada na própria instituição escolar, sem prejuízo das atividades escolares, em 2 encontros de aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis pelo estudo. O maior desconforto para as crianças e os adolescentes será o tempo de que deverão dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável pela criança ou adolescente) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual meu filho(a) estará envolvido(a), 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 (51) 33203633 ramal 7736 e/ou do e-mail bwurlang@puhrs.br, da pesquisadora Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang. Outro contato pode ser feito através do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS pelo telefone 3350-2000. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar o consentimento de participação do meu filho(a) na pesquisa, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por meu filho(a) fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável

Data

Prof^a. Dr^a. Blanca Guevara Werlang – PUCRS

Data

Anexo F – Termo de Autorização (Pacientes)

Eu, _____, autorizo ao psicólogo/psiquiatra/médico, _____, a fornecer o nome de meu filho(a) como possível participante do estudo que objetiva a Adaptação Brasileira do Teste de Apercepção Familiar - FAT coordenado 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 em que 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 G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho(a) possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo a adaptação do Teste de Apercepção Familiar – FAT (originariamente americano) para a realidade brasileira. O intuito é ter um instrumento confiável para a identificação do funcionamento e da estrutura familiar, na percepção de quem responde ao instrumento. Tal estudo prevê a participação de crianças e adolescentes (que realizam atendimento especializado) entre 06 e 15 anos, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que os pais ou responsáveis preencham uma Ficha de Dados Sociodemográficos e respondam a Lista de Verificação Comportamental para Crianças/Adolescentes (CBCL), em um encontro. E as crianças e os adolescentes respondam a dois instrumentos (Teste Matrizes Progressivas de Raven e Teste de Apercepção Familiar – FAT) na própria instituição especializada, sem prejuízo do tratamento realizado, em 2 encontros de aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis pelo estudo. O maior desconforto para as crianças e os adolescentes será o tempo de que deverão dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável pela criança ou adolescente) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual meu filho(a) estará envolvido(a), 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 (51) 33203633 ramal 7736 e/ou do e-mail bwelang@pucls.br, da pesquisadora Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang. Outro contato pode ser feito através do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS pelo telefone 3350-2000. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar o consentimento de participação do meu filho(a) na pesquisa, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por meu filho(a) fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável

Data

Prof^a. Dr^a. Blanca Guevara Werlang – PUCRS

Data