

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

Dissertação de Mestrado

**OS ESTADOS EMOCIONAIS FRENTE AO DIABETES, A
DEPRESSÃO E AO TRANSTORNO DE CONDUTA: UM ESTUDO
COMPARATIVO ATRAVÉS DO TESTE DOS CONTOS DE FADAS**

Êrika Juchem Goelzer

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Monica Medeiros Kother Macedo

Porto Alegre, janeiro de 2011

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

**OS ESTADOS EMOCIONAIS FRENTE AO DIABETES, A DEPRESSÃO E AO
TRANSTORNO DE CONDUTA: UM ESTUDO COMPARATIVO ATRAVÉS DO
TESTE DOS CONTOS DE FADAS**

Dissertação de Mestrado

ÊRIKA JUCHEM GOELZER

Prof^a. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2011

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

**OS ESTADOS EMOCIONAIS FRENTE AO DIABETES, A DEPRESSÃO E AO
TRANSTORNO DE CONDUTA: UM ESTUDO COMPARATIVO ATRAVÉS DO
TESTE DOS CONTOS DE FADAS**

ÊRIKA JUCHEM GOELZER

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

Prof^a. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2011

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

Êrika Juchem Goelzer

**OS ESTADOS EMOCIONAIS FRENTE AO DIABETES, A DEPRESSÃO E AO
TRANSTORNO DE CONDUTA: UM ESTUDO COMPARATIVO ATRAVÉS DO
TESTE DOS CONTOS DE FADAS**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª. Mônica Medeiros Kother Macedo

Presidente

Profª. Drª. Blanca Susana Guevara Werlang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Prof. Drª. Silvia Pereira da Cruz Benetti

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Porto Alegre, janeiro de 2011

Ao Lucas, presença constante de amor, príncipe encantado do meu conto de fadas.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas fizeram a diferença nestes dois anos do mestrado, cada um de maneira singular e especial:

Primeiro, agradeço a meu marido, Lucas. Amado companheiro que embarcou comigo nessa aventura e me ajudou a transformar em realidade este sonho, nunca duvidando de minha capacidade; Meu “porto seguro” nos dias de tormenta...

Agradeço à minha mãe, Fátima, e aos meus irmãos, Henry e Leonardo, que dividiram comigo profundos dias de tristeza, mas não me deixaram desistir do sonho do mestrado.

Agradeço à minha irmã e ao meu cunhado, Alessandra e Rafael, pelo incentivo e, que mesmo de tão longe, vibraram a cada conquista, não deixaram de me incentivar nunca e tiveram paciência para traduzir os meus resumos.

Agradeço à minha família Goelzer, Lucídio, Sônia, Rafael, Simone, Gustavo, André e Roberta pelos momentos de carinho e apoio que foram tão necessários durante este percurso.

Agradeço a Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo, minha orientadora, presença firme e constante, compartilhando seus conhecimentos e evidenciando ser a Psicanálise uma importante ferramenta conceitual na pesquisa.

Agradeço à Dra. Blanca Susana Guevara Werlang pelo apoio e valiosos ensinamentos sobre pesquisa quantitativa.

Agradeço à Vivian Roxo pela parceria, ensinamentos e auxílios prestados durante todo o mestrado.

Agradeço à equipe da professora Blanca, em especial a Katherine, a Laura e a Francine por toda a colaboração.

Agradeço às queridas colegas Paula e Roberta, companheiras desde o início, com as quais compartilhei momentos muito especiais e dos quais não esquecerei.

Agradeço à Mariana Baldo e Laura Tomasi pelo apoio nos momentos difíceis e por todos os momentos compartilhados.

Agradeço ao Sander e a Lísia pela companhia, parceria e auxílio na execução da pesquisa.

Agradeço aos demais integrantes do grupo de pesquisa “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise”: Roberta Giacoboni, Sílvio, Lizana, Rafael e Thomás pela convivência sempre agradável e prazerosa.

Agradeço às escolas da cidade de Porto Alegre e ao Grupo Hospitalar Conceição que autorizaram a realização desta pesquisa.

Agradeço aos pais ou responsáveis que autorizaram a participação das crianças nesta pesquisa. E as crianças que se disponibilizaram a participar da pesquisa, tornando possível a realização desta dissertação.

Agradeço ao meu pai, exemplo de perseverança em momentos difíceis e que partiu desta vida durante o processo de realização desta dissertação, mas que me ensinou, entre tantas coisas, o valor do estudo e do conhecimento.

Muito Obrigada!

RESUMO

O padecimento, clínico ou psíquico, em crianças cronicamente doentes, pode ocasionar dificuldades no enfrentamento de situações típicas da infância. Uma vez que os estados emocionais podem afetar sua forma de enfrentamento e prognóstico, uma compreensão abrangente deste processo possibilita o desenvolvimento de ações e estratégias clínicas com objetivo de prevenção e intervenção. Os testes psicológicos configuram-se como ferramentas eficazes de acesso à dinâmica intrapsíquica. Dentre as técnicas projetivas, aqueles que utilizam histórias infantis ou contos de fadas são especialmente eficazes, na medida em que possibilitam a projeção de conteúdos e conflitos inerentes ao sujeito. Para tanto, foram elaboradas nesta Dissertação duas seções de estudo: uma teórica e uma empírica. A seção teórica teve como objetivo uma reflexão sobre as situações de padecimento infantil abordando o adoecimento tanto em seus aspectos orgânicos quanto psíquicos. Para alcançar esse objetivo, buscou-se explorar situações de adoecimento infantil como diabetes, depressão e transtorno de conduta, enfatizando-se a demanda de enfrentamento psíquico que advém destas condições de padecimento. A seção empírica apresenta um estudo quantitativo e transversal, com o objetivo de identificar e comparar a presença de conteúdos relativos aos Estados Emocionais entre os grupos clínico-psiquiátrico (diagnóstico de transtorno depressivo e diagnóstico de transtorno de conduta), médico-clínico (diagnóstico de diabetes mellitus) e não clínico (pareamento) com base nas respostas obtidas no Teste dos Contos de Fadas (TCF). A amostra constitui-se de 60 crianças, localizadas por conveniência, do sexo feminino e do sexo masculino, com idades entre 6 e 11 anos. As amostras clínicas foram localizadas a partir de uma população de pacientes (com idades entre 6 e 11 anos) com diagnóstico já formulado, admitidos em instituições de saúde da cidade de Porto Alegre. As características apresentadas pelos componentes dos grupos clínicos deram origem às características para a organização do grupo não clínico quanto à idade e sexo. Para excluir casos de comprometimento intelectual foi administrado, de forma individual, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial. Ainda, para as amostras clínicas, foi utilizado o CBCL, Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência. A análise das verbalizações das crianças para cada um dos 21 desenhos que compõe o TCF foi realizada com base na variável Estados Emocionais (Medo de Agressão, Ansiedade e Depressão) do Sistema de Categorização de Respostas do próprio instrumento. Posteriormente para a comparação entre grupos foi utilizada estatística inferencial (Teste Exato de Fisher). Na comparação dos grupos clínicos com seu respectivo pareamento, os resultados demonstraram diferenças significativas nas variáveis Ansiedade/Doença para os grupos de diabetes x pareamento ($p = 0,006$) e depressão x pareamento ($p = 0,031$). Na relação da diabetes x pareamento apresentou, ainda, diferença significativa na variável Ansiedade/Castigo ($p = 0,031$). O grupo da depressão apresentou diferenças significativas de seu grupo de pareamento em outras duas variáveis: Ansiedade/Rejeição ($p = 0,035$) e Ansiedade/Privação ($p = 0,010$). O grupo da conduta apresentou resultados significativamente diferentes do grupo de pareamento para as categorias de Ansiedade/Perda ($p = 0,015$) e Ansiedade/Auto-Imagem ($p = 0,002$). Os resultados permitem identificar indícios de que os estados emocionais infantis são afetados de forma singular por cada padecimento, bem como o TCF se mostra um teste de efetivo valor para avaliar crianças em sofrimento crônico físico ou psíquico.

Palavras-chaves: Psicanálise Infantil; Depressão; Diabetes; Transtorno da Conduta, Teste dos Contos de Fadas (TCF).

Área conforme classificação do CNPq 7.07.00.00-1 (Psicologia)

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

The Emotional States Before Diabetes, Depression and Risk Behavior: a comparative study through the Fairy Tale Test

ABSTRACT

Both clinical and psychic suffering in ill chronically children may entail some difficulties when facing some childhood typical situations. Once these emotional states may affect its own way of facing and prognostic, a wide understanding of this process enables the development of clinical strategic actions with goals such as prevention and intervention. Thus, two sections were written: a theoretical and an empirical one. The theoretical section named "*Suffering in childhood: reflections about diabetes, the depression and the risk behavior*". The goal of this section was to reckon about the child suffering considering illness in its organic and psychic aspects. In order to reach this goal, from psychoanalytical theory was explored the psychic constitution, the childhood importance, the understanding of the traumatic configuration en situations of child illness and the demand of psychic coping which comes from these conditions of suffering. The empirical section was named "*Evaluation of the emotional states in children with diabetes, depression and risk behavior using the Fairy Tale Test*". It is a quantitative and transversal study and its goal is to identify and to compare the presence of contents related to the Emotional States among the clinical-psychiatric group (diagnostic of depression and the diagnostic of risk behavior), medical-clinical (diagnostic of mellitus diabetes) and non-clinical (pairing) based on answers obtained in the Fairy Tale Test. The sample consisted of 60 children, located for convenience, female and male gender, aged between 6 and 11 years old. The clinical sample were located from a patient population (aged between 6 and 11 years old) with a diagnostic already made, admitted in Health Facilities in Porto Alegre. The characteristics presented through the components of the clinical groups originated the characteristics for the organization of the non-clinical group, regarding age and sex. In order to exclude cases of severe intellectual impairment was administrated, in an individual way, the Raven's Progressive Matrices Test – Especial Scale. Moreover in the clinical sample, it was used the CBCL, i.e. Child Behavior Checklist. The analysis of the verbalizations from these children for each one of the twenty-one drawings which compose the TCF was performed based on the variable named Emotional States (Aggression fear, Anxiety and Depression) which belong to the Categorization of Answers System of the instrument. Posteriorly in order to compare between groups, it was used inferential statistics (Fisher's exact Test). The results demonstrate significant differences in the variables Anxiety/Illness for the group of diabetes ($p = 0,006$) and depression ($p = 0,031$). The group of diabetes presented yet significant difference in the variable Anxiety/punishment ($p = 0,031$). The group of depression presented significant differences in two other variables: Anxiety/Rejection ($p = 0,035$) and Anxiety/Deprivation ($p = 0,010$). The group of risk presented results significantly different to the categories of Anxiety/Loss ($p = 0,015$) and Anxiety/Self-image ($p = 0,002$). The results allowed identifying some evidence concerning the childhood emotional states. These identified evidences shows that childhood emotional states are affected in a singular way for each suffering, as well as the TCF is presented as being a test of effective value to evaluate children in a physical or psychic chronic suffering.

Keywords: Childhood Psychoanalysis; Depression; Diabetes; Risk Behavior; Fairy Tale Test

Area according to CNPq Classification: 7.07.00.00-1 (Psychology)

Subarea according to CNPq Classification: 7.07.01.00- 8 (Fundamentals and Measure of Psychology)

SUMÁRIO

LISTA GERAL DE TABELAS.....	10
LISTA DE QUADROS.....	12
LISTA DE SIGLAS.....	13
INTRODUÇÃO GERAL	14
SEÇÃO TEÓRICA Padecimentos na Infância: Reflexões sobre o Diabetes a 25	
Depressão e o Transtorno de Conduta.....	
Introdução.....	25
O processo de constituição psíquica: Destinos do sujeito.....	28
Diabetes, Depressão e Transtorno da Conduta: Formas diferentes de padecimento.....	33
O padecimento infantil: Vivências orgânicas, condições de elaboração, efeitos no sujeito.....	38
Considerações Finais.....	40
Referências Bibliográficas.....	44
SEÇÃO EMPÍRICA: Avaliação dos estados emocionais em crianças com Diabetes,	
Depressão e Transtorno de Conduta através do Teste dos Contos de	
Fadas.....	49
Introdução.....	49
Método.....	52
Amostra.....	52
Instrumentos.....	53
Procedimentos para a coleta e análise dos dados.....	60
Apresentação dos Resultados.....	61
Discussão dos Resultados.....	72
Considerações Finais.....	77
Referências Bibliográficas.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	82
ANEXOS.....	85
Anexo A - Ficha de Dados Sociodemográficos.....	85
Anexo B - Carta aos Pais ou Responsáveis (estudantes).....	87
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudantes).....	88
Anexo D - Termo de Autorização.....	89
Anexo E - Carta aos Pais ou Responsáveis (pacientes).....	90
Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes).....	91
Anexo G - Termo de Assentimento (pacientes).....	92
Anexo H - Carta de Aprovação CEP/PUCRS.....	93
Anexo I - Carta de Aprovação CEP/HNSC.....	94

LISTA GERAL DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra conforme sexo e idade (N=60).....	18
Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes por série nos diferentes grupos amostrais (N=60).....	19
Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra conforme renda familiar (N=60).....	20
Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (N=60).....	21
Tabela 5. Distribuição em termos de média de idade dos participantes nos diferentes grupos clínicos (n=30).....	61
Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes por sexo nos diferentes grupos clínicos (n=30).....	62
Tabela 7. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes por série nos diferentes grupos amostrais (N=60).....	62
Tabela 8. Distribuição em termos de frequências e porcentagens dos participantes por desempenho nos diferentes grupos amostrais (N=60).....	63
Tabela 9. Distribuição em termos de frequências e porcentagens da presença de queixas escolares por parte dos professores dos participantes nos grupos clínicos (n=30).....	64
Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo de Diabetes Mellitus e seu pareamento (n=20).....	64
Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo da Depressão e seu pareamento (n=20).....	65
Tabela 12. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo do Transtorno de Conduta e seu pareamento (n=20).....	66
Tabela 13. Distribuição em termos de frequência e porcentagens da variável Ansiedade doença presente nas séries de cartões do TCF nos diferentes grupos clínicos (n=30).....	67
Tabela 14. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Doença nos cartões do TCF no grupo do Diabetes e seu pareamento (n=20).....	68
Tabela 15. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Doença nos cartões do TCF no grupo da Depressão e seu pareamento (n=20).....	69

Tabela 16. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Rejeição nos cartões do TCF no grupo da Depressão e seu pareamento (n=20).....	70
Tabela 17. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Privação nos cartões do TCF no grupo da Depressão e seu pareamento (n=20).....	70
Tabela 18. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Rejeição no grupo do Transtorno da Conduta e seu pareamento (n=20).....	71
Tabela 19. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Auto-Imagem nos cartões no TCF no grupo da Depressão e seu pareamento (n=20).....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Composição da série de cartões do Teste Contos de Fadas, na ordem de apresentação, quando da administração do instrumento.....	55
Quadro 2. Perguntas realizadas nas sete séries de cartões do Teste Contos de Fadas, quando da administração do instrumento.....	55
Quadro 3. Temas e Conflitos eliciados na Série de Cartões do Teste Contos de Fadas.....	56
Quadro 4. Configuração das Variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do Teste dos Contos de Fadas/TCF para os componentes de personalidade: Impulsos e Estados Emocionais.....	58

LISTA DE SIGLAS

CV – Chapeuzinho Vermelho

BN – Branca de Neve

TCF – Teste dos Contos de Fadas

ANS – Variável Ansiedade

MA – Variável Medo de Agressão

D – Variável Depressão

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado, intitulada “*Os Estados Emocionais frente ao Diabetes, à Depressão e ao Transtorno de Conduta: um estudo comparativo através do Teste dos Contos de Fadas*”, foi desenvolvida no Grupo de Pesquisa “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise”, coordenado pela professora Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo. Este Grupo de Pesquisa está vinculado à área de concentração “*Constructos Teóricos, Modalidades de Avaliação e Intervenção na construção do conhecimento em Psicologia Clínica*”, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A presente dissertação é uma produção decorrente de um projeto maior nomeado de “Adaptação Brasileira do Teste dos Contos de Fadas”, coordenado pelas professoras Dra. Blanca Susana Guevara Werlang e Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo.

É na infância que ocorre o processo inicial de estruturação psíquica e de constituição de recursos internos para enfrentar as demandas da vida. Frente a um cenário de adoecimento, no entanto, esse processo se complexiza, e podem ser insuficientes os recursos internos de que a criança dispõe. Estudos demonstram o quanto a criança portadora de doença crônica pode ter seu desenvolvimento físico e psíquico afetados pela enfermidade e também pelo tratamento (Bennet, 1994; Burke e Elliot, 1999; Hutteman, Denissen, Asendorpf & Van Aken, 2009), tornando mais complexa a travessia dessa fase e, muitas vezes, comprometendo as etapas seguintes do desenvolvimento (Hutteman & cols., 2009; Wallander & Varni, 1998). Transtornos psiquiátricos, como depressão e de conduta, podem surgir como resultado da interação entre a vulnerabilidade da criança e características próprias da doença, estressores ambientais e eventos da vida (Bennet, 1994; Bordin & Offord, 2000; Burke & Elliot, 1999; Castro & Piccinini, 2002; Wallander & Varni, 1998).

A infância é, para a Psicanálise, uma etapa fundamental da vida, na qual se iniciam o processo de constituição psíquica e a estruturação dos recursos internos para enfrentar as demandas da vida. Em *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895/2003) já atribuía às experiências infantis valor determinante e fundante do psiquismo. A partir de questões relativas ao desamparo psíquico, atravessadas pelas noções de “vivência de dor” e

da “experiência de satisfação” como elementos inaugurais do psiquismo, Freud apresenta uma teoria da constituição do sujeito psíquico na qual destaca-se a função estruturante no encontro com o outro. A ideia de um desamparo inicial está na base de diversas ordens de considerações (Laplanche & Pontalis, 2008). Sabe-se que o ser humano nasce em uma condição de total desamparo, impossibilitado de sobreviver sem um outro ser humano que o tutele. As relações com os outros marcam experiências primordiais nas quais a criança se constitui (Bleichmar, 1994).

Ao se ocupar dos tempos de desenvolvimento mais remotos da história do sujeito, a psicanálise evidencia a importância do espaço intersubjetivo, pois “será justamente na relação que marca os tempos iniciais da vida com o outro que é oferecida ao bebê a possibilidade de construção dos recursos psíquicos que lhe serão exigidos nas experiências ao longo da vida” (Dockhorn, Macedo e Werlang, 2007, p.39).

Dessa forma, em uma situação de padecimento, uma constituição frágil do aparelho psíquico, com recursos limitados para lidar com as adversidades, deixa a criança sob o efeito de um montante de energia potencialmente traumático. A vivência do infantil, além de seu caráter determinante na constituição psíquica, está atrelada aos modos posteriores do funcionamento psíquico, uma vez que essas vivências primeiras deixam importantes marcas no sujeito.

Ao falar especificamente da doença orgânica, Freud (1914/2003) diz que o doente recolhe seus investimentos libidinais para o Eu. Entretanto, se o sujeito do qual falamos é uma criança, o recolhimento libidinal no Eu à custa da redução da libido objetal poderá resultar em uma restrição do capital libidinal em detrimento da construção e da vivência de modalidades imprescindíveis de investimento psíquico em seu entorno. Se não há constituição psíquica sem o encontro com outro, esta também poderá ficar prejudicada quando os encontros se dão de uma forma fraturada ou atravessada por intensidades que não encontram recursos de metabolização.

Cabe ressaltar a importância de estudos que contemplem as condições de adversidades enfrentadas pela criança diante da existência de uma doença física ou psíquica. Assim, possibilita-se uma compreensão a respeito dessas situações, a fim de subsidiar intervenções que promovam a avaliação e a intervenção frente às intensidades impostas por essas formas de padecimento.

Esta dissertação foi desenvolvida a partir do Projeto de Pesquisa “*Os Estados Emocionais frente ao Diabetes, à Depressão e ao Transtorno de Conduta: um estudo comparativo através do Teste dos Contos de Fadas*”, apreciado e aprovado pela Comissão

Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Uma vez que este estudo decorre de um projeto maior de pesquisa, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, tendo sido aprovado em 18 de junho de 2007 (Anexo H). Todos os pais ou responsáveis das crianças que participaram do presente estudo foram informados acerca da natureza e dos propósitos da pesquisa, e da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo sobre a identidade da criança. Aqueles pais ou responsáveis que autorizaram a participação da criança no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Baseada no projeto de pesquisa “*Os Estados Emocionais frente ao Diabetes, à Depressão e ao Transtorno de Conduta: um estudo comparativo através do Teste dos Contos de Fadas*”, esta dissertação foi elaborada a partir do desenvolvimento de duas seções sobre o tema, em conformidade com o Ato Normativo nº 002/2007, de 6 de novembro de 2007, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. A primeira seção, intitulada “*Padecimentos na infância: reflexões sobre o diabetes, a depressão e o transtorno de conduta*”, propõe uma Seção Teórica. A segunda Seção apresenta um estudo empírico intitulado “*Avaliação dos estados emocionais em crianças com diabetes, depressão e transtorno de conduta através do Teste dos Contos de Fadas*”.

A Seção Teórica teve como objetivo uma reflexão sobre o padecimento infantil, abordando o adoecimento tanto em seus aspectos orgânicos quanto psíquicos. Para tanto, buscou-se explorar, a partir de pressupostos psicanalíticos, o processo de constituição psíquica, a importância da infância, a compreensão da configuração traumática em situações de adoecimento infantil e a demanda de enfrentamento psíquico que advém dessas condições de padecimento.

O estudo da Seção Empírica apresenta uma pesquisa quantitativa e transversal, com o objetivo de identificar e comparar a presença de conteúdos relativos aos Estados Emocionais entre os grupos clínico-psiquiátricos (diagnóstico de depressão e diagnóstico de transtorno de conduta, pela Child Behavior Checklist – CBCL), médico-clínico (diagnóstico de diabetes mellitus) e não clínico (controle), com base nas respostas obtidas no Teste dos Contos de Fadas.

Neste estudo participam 60 crianças, localizadas por conveniência, do sexo feminino e do sexo masculino, com idades entre 6 e 11 anos, alocadas em três grupos: clínico-psiquiátrico (10 crianças com diagnóstico de Depressão e 10 crianças com diagnóstico de Transtorno de conduta), médico-clínico (10 crianças com diagnóstico de *Diabetes Mellitus*) e não clínico (30 crianças sem diagnóstico, da população geral). As amostras

clínico-psiquiátrica e a médico-clínica foram localizadas a partir de uma população de pacientes (com idades entre 6 e 11 anos) com diagnóstico já formulado, admitidos em instituições de saúde, podendo estar internados e/ou em atendimento ambulatorial. As características apresentadas pelos componentes do grupo clínico-psiquiátrico e do grupo médico-clínico darão origem às características para a organização do grupo não clínico quanto à idade, ao sexo e nível socioeconômico.

Com o intuito de caracterizar os participantes deste estudo, utilizou-se uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos. Assim, a caracterização da amostra foi realizada de acordo com a referida ficha, que foi preenchida pelos pais ou responsáveis da criança. O grupo de crianças com diagnóstico de diabetes é composto por cinco meninos (8,33%, N=60) e cinco meninas (8,33%, N=60). Dentre os meninos com diabetes, um (1,67%, N=60) possui seis anos, dois apresentam sete anos (3,33%, N=60), um tem dez anos (1,67%, N=60) e um possui onze anos (1,67%, N=60). As meninas com este diagnóstico possuem as seguintes idades: uma apresenta oito anos (1,67%, N=60), três apresentam nove anos (5%, N=60) e uma apresenta dez anos (1,67%, N=60). O grupo de pareamento ao grupo da diabetes respeitou as mesmas características de idade e sexo (ver Tabela 1).

No grupo das crianças com diagnóstico de transtorno depressivo, a distribuição de frequências por idade e sexo ficou da seguinte forma: grupo é composto por um menino de sete anos (1,67%, N=60), um menino de oito anos (1,67%, N=60), um menino de nove anos (1,67%, N=60), dois meninos de 10 anos (3,33%, N=60) e dois meninos de onze anos (3,33%, N=60); quanto as três meninas suas idades são oito anos (1,67%, N=60), nove anos (1,67%, N=60) e dez anos (1,67%, N=60). Na tabela observa-se que o respectivo grupo de pareamento possui as mesmas características do grupo de crianças com diagnóstico de transtorno depressivo.

O grupo de crianças com diagnóstico de transtorno de conduta e seu respectivo grupo de pareamento, assim como os demais grupos, possuem as mesmas configurações quanto à idade e sexo dos participantes, uma vez que foram estas características do grupo clínico que serviram de parâmetro para a montagem do grupo de pareamento (Tabela 1). Estes grupos são formados exclusivamente por meninos, dos quais dois possuem oito anos (3,33%, N=60), dois possuem nove anos (3,33%, N=60), dois possuem dez anos (3,33%, N=60) e quatro apresentam onze anos (6,67%, N=60).

Tabela 1. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra conforme sexo e idade (N=60)

Idades	Sexo	Grupo Amostral											
		Diabetes		Par Diabetes		Depressão		Par Depressão		Conduta		Par conduta	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
6	menino	1	1,67.	1	1,67.	-	-	-	-	-	-	-	-
	menina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	menino	2	3,33.	2	3,33.	1	1,67.	1	1,67.	-	-	-	-
	menina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	menino	-	-	1	1,67.	1	1,67.	1	1,67.	2	3,33.	2	3,33.
	menina	1	1,67.	-	-	1	1,67.	1	1,67.	-	-	-	-
9	menino	-	-	-	-	1	1,67.	1	1,67.	2	3,33.	2	3,33.
	menina	3	5.	3	5.	1	1,67.	1	1,67.	-	-	-	-
10	menino	1	1,67.	1	1,67.	2	3,33.	2	3,33.	2	3,33.	2	3,33.
	menina	1	1,67.	1	1,67.	1	1,67.	1	1,67.	-	-	-	-
11	menino	1	1,67.	1	1,67.	2	3,33.	2	3,33.	4	6,67.	4	6,67.
	menina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Quanto a distribuição dos participantes dos diferentes grupos por série frequentada (Tabela 2), cada grupo tem uma composição diferenciada. O grupo de crianças com diabetes possui duas crianças frequentando a 1^a. série, duas crianças na 2^a. série, duas crianças na 3^a. série, duas crianças na 4^a. série e duas crianças na 5^a. série. Seu respectivo grupo de pareamento possui duas crianças na 1^a. série, uma criança na 2^a. série, duas crianças na 3^a. série, cinco na 4^a. série e nenhuma criança na 5^a. série.

O grupo de crianças com diagnóstico de transtorno depressivo apresentou duas crianças na 1^a. série, uma criança na 2^a. série, três crianças na 3^a. série, duas crianças na 4^a. série e duas crianças na 5^a. série; enquanto o grupo para seu pareamento apresentou uma criança na 1^a. série, uma criança na 2^a. série, duas crianças na 3^a. série, quatro crianças na 4^a. série e duas crianças na 5^a. série.

A distribuição por série frequentada das crianças com diagnóstico de transtorno de conduta é a seguinte: nenhuma criança na 1^a. série, quatro crianças na 2^a. série, uma criança na 3^a. série, três crianças na 4^a. série e duas crianças na 5^a. série. O respectivo grupo de pareamento apresentou a seguinte distribuição: nenhuma criança na 1^a. série, três crianças na 2^a. série, duas crianças na 3^a. série, uma criança na 4^a. série e quatro crianças na 5^a. série.

Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes por série nos diferentes grupos amostrais (N=60)

		Grupo Amostral					Total	
		Diabetes	Par Diabetes	Depressão	Par Depressão	Conduta		Par conduta
1º. ano	<i>f</i>	2	2	2	1	-	-	7
	%	3,33.	3,33.	3,33.	1,67.	-	-	11,66.
2º. ano	<i>f</i>	2	1	1	1	4	3	12
	%	3,33.	1,67.	1,67.	1,67.	6,67.	5.	20,01.
3º. ano	<i>f</i>	2	2	3	2	1	2	12
	%	3,33.	3,33.	5.	3,30.	1,67.	3,33.	19,99.
4º. ano	<i>f</i>	2	5	2	4	3	1	17
	%	3,33.	8,33.	3,33.	6,67.	5.	1,67.	28,33.
5º. ano	<i>f</i>	2	-	2	2	2	4	12
	%	3,33.	-	3,33.	3,33.	3,33.	6,67.	19,99.

De acordo com a renda familiar, o grupo da diabetes apresentou seis crianças com renda familiar de um a três salários mínimos, uma criança com renda familiar de três a cinco salários mínimos e uma criança com renda familiar acima de cinco salários mínimos. Neste grupo duas crianças não tiveram esta questão respondida em sua ficha de dados sociodemográficos. No grupo de pareamento ao grupo de crianças com diagnóstico de diabetes quatro crianças apresentaram renda familiar entre um a três salários mínimos; quatro crianças, renda familiar de três a cinco salários mínimos e duas crianças renda familiar acima de cinco salários mínimos.

O grupo de crianças com transtorno depressivo apresentou duas crianças com até um salário mínimo, quatro crianças com renda familiar de um a três salários mínimos, duas crianças com renda familiar de três a cinco salários mínimos e uma criança com renda familiar acima de cinco salários mínimos. Seu grupo de pareamento, apresentou a seguinte configuração: seis crianças com renda familiar de um a três salários mínimos, duas crianças com renda familiar de três a cinco salários mínimos, uma criança com renda familiar acima de cinco salários mínimos e uma criança que não teve a renda familiar informada.

Quanto ao grupo de crianças com diagnóstico de transtorno de conduta, a distribuição de crianças por renda familiar foi a seguinte: quatro crianças com até um salário mínimo, cinco crianças com renda familiar de um a três salários mínimos e uma

criança com renda familiar de três a cinco salários mínimos. O grupo de crianças para o respectivo pareamento apresentou a distribuição a seguir: quatro crianças com até um salário mínimo, uma criança com renda familiar de um a três salários mínimos, uma criança com renda familiar de três a cinco salários mínimos e duas crianças com renda familiar acima de cinco salários mínimos.

Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra conforme renda familiar (N=60)

Renda Familiar		Grupo					
		DM	Par DM	Depressão	Par Depressão	Conduta	Par Conduta
Até 1 salário mínimo	<i>f</i>	-	-	2	-	4	4
	%	-	-	3,33.	-	6,67.	6,67.
1 a 3 salários mínimos	<i>f</i>	6	4	4	6	5	1
	%	10.	6,67.	6,67.	10.	8,33.	1,67.
3 a 5 salários mínimos	<i>f</i>	1	4	2	2	1	1
	%	1,67.	6,67.	3,33.	3,33.	3,33.	1,67.
Acima de 5 salários mínimos	<i>f</i>	1	2	1	1	-	2
	%	1,67.	3,33.	1,67.	1,67.	-	3,33.

Quanto a capacidade intelectual, avaliada pelo Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999), os diferentes grupos amostrais obtiveram as seguintes configurações (Tabela 4): Dentre as crianças com diabetes, 1 obteve escore “intelectualmente superior”, 2 crianças obtiveram escore “acima da média” e 5 crianças obtiveram o escore “intelectualmente médio”. O grupo com diagnóstico de transtorno depressivo obteve 2 escores “intelectualmente superior”, 1 escore “definitivamente acima da média”, 2 escores “acima da média”, 4 escores “intelectualmente médio” e 1 escore “definitivamente abaixo da média”. As crianças com diagnóstico de transtorno de conduta apresentaram 1 escore “intelectualmente superior”, 5 escores “definitivamente acima da média”, 3 escores “acima da média” e 1 escore “intelectualmente médio”. Os grupos de pareamento composto de crianças da população geral apresentou 1 escores “intelectualmente superior”, 8 escores “definitivamente acima da média”, 13 escores “acima da média”, 7 escores “intelectualmente médio” e 1 escore “definitivamente abaixo da média”.

Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes da amostra conforme a capacidade intelectual avaliada pelo Raven (N=60)

Capacidade Intelectual		Grupo					
		DM	Par DM	Depressão	Par Depressão	Conduta	Par Conduta
Intelect. Superior	<i>f</i>	1	1	2	-	1	-
	%	1,67.	1,67.	3,33.	-	1,67.	-
Definidamente acima da média	<i>f</i>	-	3	1	2	5	3
	%	-	5.	1,67.	3,33.	8,33.	5.
Acima da média	<i>f</i>	2	4	2	3	3	6
	%	3,33.	6,67.	3,33.	5.	5.	10.
Intelect. Médio	<i>f</i>	5	2	4	4	1	1
	%	8,33.	3,33.	6,67.	6,67.	1,67.	1,67.
Definidamente abaixo da média	<i>f</i>	-	-	1	1	-	-
	%	-	-	1,67.	1,67.	-	-

Para acessar os conteúdos psíquicos, o psicólogo dispõe de diversos e diferentes recursos. Além do uso da entrevista psicológica como instrumento de investigação, podem ser acrescentados outros instrumentos. Os testes psicológicos visam obter, em um mínimo de tempo, o máximo de informações sobre o examinando, em um procedimento sistemático de observar, descrever e compreender a singularidade dos sujeitos (Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010).

Dentre as técnicas projetivas, os testes aperceptivos configuram-se como ferramentas eficazes de acesso à dinâmica intrapsíquica. Aqueles que utilizam histórias infantis ou contos de fadas são especialmente eficazes, na medida em que possibilitam a projeção de conteúdos e conflitos próprios da história do sujeito, uma vez que, mesmo fora da clínica, os contos de fadas têm importante papel na realidade psíquica, exercem uma influência especialmente benéfica na formação da personalidade infantil, auxiliando na elaboração dos medos e conflitos (Corso & Corso, 2006).

O Teste dos Contos de Fadas (TCF) é um instrumento projetivo temático, organizado por Coulacoglou (2004), na Grécia. O teste destina-se, principalmente, a crianças com idades entre 6 e 12 anos. Composto por 21 cartões, agrupados em sete séries de três cartões (Quadro 1), com imagens de cenas vinculadas a contos de fadas, o TCF se propõe a investigar a dinâmica da personalidade infantil, através da associação entre contos de fadas, processos inconscientes e desenvolvimento infantil (Coulacoglou, 2008).

Diferentemente de outras técnicas temáticas, a proposta do TCF não é a de contar histórias, mas sim que sejam respondidas algumas perguntas, uma vez que os contos já existem, os personagens são conhecidos e fazem parte, de alguma maneira, da realidade diária das crianças (Coulacoglou, 2008). Estimulando os processos inconscientes e explorando sentimentos e atitudes, o TCF avalia 30 dimensões da personalidade infantil, que são consideradas variáveis a serem pontuadas a partir das respostas da criança ao teste. Essas variáveis estão alocadas em cinco grupos: Estados Emocionais; Desejos e Necessidades; Impulsos; Relações Objetais e Funções do Eu. Cabe salientar que o TCF é um teste psicodinâmico e que as propostas teóricas que o embasam são a Psicanálise, a Psicologia do Ego e a Teoria das Relações Objetais (Coulacoglou, 2008).

Desse modo, espera-se que este estudo contribua na compreensão do adoecimento crônico infantil como um momento de complexização da organização psíquica, e de seu evidente potencial avassalador. O padecimento infantil, seja físico ou psíquico, deixa marcas para muito além da infância e sua compreensão é de inegável importância. Além disso, pretende-se cooperar com o desenvolvimento da adaptação do Teste dos Contos de Fadas no Brasil, contribuindo com formas de utilização e entendimento do TCF, principalmente no que se refere à avaliação dos estados emocionais infantis.

Assim, a presente Dissertação de Mestrado cumpriu a proposta inicial do projeto de pesquisa apresentado à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Referências Bibliográficas

- Angelini, L., Alves, I.C.B., Custódio, E.M., Duarte, W.F., & Duarte, J.L.M. (1999). *Manual de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Bennet, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(2), 149-169.
- Bleichmar, S. (1994). *A fundação do inconsciente: desejos de pulsão, desejos do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bordin, I. A. S & Offord, D. R. (2000) Transtorno da Conduta e Comportamento Anti-Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22, (supl. II), 12-15.
- Burke, P. & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40(1), 243-249.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3): 625-635.
- Corso, D., & Corso, M. (2006). *Fadas no Divã: psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.
- Coulacoglou, C. (2008). The Development and Cross-Cultural Significance of Defense Mechanism. In C. Coulacoglou (org). *Exploring the child's personality developmental – Clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test*. EUA: Charles C. Thomas Publisher.
- Dockhorn, C. N. B. F., Macedo, M. M. K. & Werlang, B. S. G. (2007) Desamparo e dor Psíquica na escuta da psicanálise. *Bárbaroi*. 27, 25-42.
- Freud, S. (1895/2003). Proyecto de una psicología para neurólogos In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 1*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914-2003). Introducción ao Narcisismo. In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 2*. Madri: Biblioteca Nueva.

- Hutteman, R., Denissen, J. J. A., Asendorpf, J. B. & Van Aken, A. G. (2009) Changing dynamics in problematic personality: A multiwave longitudinal study of the relationship between shyness and aggressiveness from childhood to early adulthood. *Development and Psychopathology*, 21, 1083-1094.
- Laplanche, J & Pontalis, J-B. (2008). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 39(1), 29-46.
- Werlang, B., Villemor-Amaral, A. E. & Nascimento, R. S. G. F. (2010) Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In *Avaliação Psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em:http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/avaliacao_psicologica_web_30-08-10.pdf

SEÇÃO I

Padecimentos na Infância: Reflexões sobre o Diabetes, a Depressão e o Transtorno de Conduta

Introdução

É inquestionável a importância de estudos a respeito da infância como uma etapa fundamental do ciclo vital. É na infância que se iniciam os processos de estruturação psíquica e de constituição de recursos internos para enfrentar as demandas da vida. Durante essa trajetória, a criança se vê frente a demandas psíquicas e deverá enfrentar diferentes conflitivas para chegar à adolescência e, posteriormente, à idade adulta. Tais conflitivas podem se circunscrever a condições próprias do ciclo vital e, assim, mediante o emprego de recursos disponíveis, a criança consegue chegar à sua elaboração, seguindo sua trajetória nas idades da vida.

Algumas situações, no entanto, podem ser experimentadas como uma ruptura no *continuum* do desenvolvimento do ciclo vital. Independente da etapa do desenvolvimento em que o sujeito se encontra, o adoecimento, seja ele físico ou psíquico, implica sofrimento. Quando ocorrem dificuldades físicas e psicológicas na infância, se estabelece uma intensa exigência de trabalho psíquico para um aparelho em vias de constituição, e podem não ser suficientes os recursos internos de que a criança dispõe.

No caso de enfermidades crônicas, embora a possibilidade de atrasos no desenvolvimento seja relativa, a autonomia e a independência podem ser afetadas; e, ainda, dependendo do período do desenvolvimento em que o adoecimento inicia, ele pode acarretar prejuízos à criança de forma mais ou menos específica (Castro & Piccinini, 2002; Goodwin, & cols., 2009). Verifica-se, portanto, que, num longo processo de adaptação à enfermidade, é exigido que a criança se depare com dificuldades inesperadas e busque recursos para atravessar essa experiência difícil de enfrentar (Castro & Piccinini, 2002).

Em relação aos padecimentos psicológicos infantis, estes são capazes de ocasionar manifestações clínicas importantes no funcionamento geral da criança. Quando presentes na infância, esses padecimentos tendem a prejudicar as interações e habilidades psicossociais, criando um incremento na probabilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida. Além disso, na maioria das vezes essa modalidade de sofrimento traz também prejuízos cognitivos importantes. A ideação suicida e os

comportamentos de risco são os efeitos mais preocupantes que podem ser provocados pelo padecimento psíquico (Bahls & Bahls, 2003).

De tal modo, compreender a dinâmica presente no contexto do adoecimento infantil pode ajudar na elaboração e a conter a vivência de demandas relativas ao sofrimento físico, favorecendo a busca e a construção de espaços e ferramentas eficazes que auxiliem o processo de enfrentamento de uma enfermidade. Cabe ressaltar a importância de estudos que contemplem os efeitos na infância de situações adversas físicas e psicológicas enfrentadas pela criança.

Trata-se, portanto, da relevância de investigar e compreender os fatores envolvidos em situações que promovam um incremento de dificuldades durante essa etapa do ciclo vital, vinculadas a esses padecimentos, e cujos efeitos não se restringem a ela. A partir da exploração da dinâmica psíquica que se apresenta frente a essas condições de padecimento na infância, pode-se também abrir espaços de reflexão e proposição de alternativas que visem minimizar o sofrimento que as acompanha. Logo, abordar a temática referente aos padecimentos na infância objetiva fornecer subsídios para uma ampla compreensão a respeito dessas situações, a fim de contribuir para a promoção de intervenções que estimulem e fomentem condições de elaboração das intensidades psíquicas impostas nessas condições.

Nesse contexto, a Psicanálise contempla um amplo campo conceitual do qual se pode lançar mão, a fim de abordar os efeitos que uma doença crônica impõe à realidade psíquica infantil. A partir de contribuições psicanalíticas, pode-se refletir sobre os efeitos emocionais decorrentes de intensidades enfrentadas pela criança, as quais, muitas vezes, se manifestam na condição de um excesso insurgente de dor que extrapola as capacidades infantis de defesa psíquica. Utilizando os aportes fornecidos pela metapsicologia psicanalítica que desvendam o intrincado processo de constituição psíquica e de processamento das intensidades emocionais, é possível abordar os aspectos traumáticos presentes na vivência de um padecimento infantil, seja ele orgânico ou psíquico.

Os fatores psicossociais associados à saúde ganham, dia a dia, maior relevância, principalmente na área das doenças crônicas não transmissíveis cujos fatores de risco se associam aos estilos de vida e seus efeitos podem se estender por toda a vida. Por este motivo desde 2002 a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas trabalham juntas em um programa de atenção integral às doenças prevalentes na infância. Este programa busca mapear as formas de padecimento infantil e capacitar os diferentes profissionais de saúde a fim de que possa ser criada uma rede de atendimento que dê

sustentação a criança enferma e sua família. A Organização Mundial de Saúde publica, anualmente, um Manual de atenção integrada para as enfermidades prevalentes da infância. A publicação de 2002 elencou as principais patologias que atingem a infância, inclusive aquelas que têm um potencial impacto psíquico.

Dentre as diferentes formas de padecimento crônico elencadas pela OMS, destaca-se a *Diabetes Mellitus* tipo 1, doença crônica que é a mais prevalente em crianças (Brasil – Ministério da Saúde, 2006). Considerada uma doença tanto psicossomática (Marcelino & Carvalho, 2005) quanto somatopsíquica (McDonnell, Northan, Donath, Werther & Cameron, 2007), apresenta como principais comorbidades a depressão e o transtorno de conduta. Trata-se, então, de buscar subsídios para compreender a dinâmica destas formas de padecimento frequentemente encontradas na infância, e seus efeitos nesta etapa de vida tão fundamental.

A *Diabetes Mellitus*¹ tipo 1 é uma doença incurável, que atinge todas as faixas etárias e que tem aumentado em todo o mundo. Uma vez que se caracteriza como uma doença crônica, seu controle exige muitos cuidados e a manutenção da vida tem repercussões emocionais importantes. É na infância que se inicia a construção da estrutura de personalidade individual e é desta estrutura que dependerão os recursos psíquicos de enfrentamento e de adaptação às mudanças e às perdas que irão acontecer durante a vida. Crianças diabéticas vivenciam precocemente essas mudanças e perdas profundas, vivendo em um quadro marcado pela dinâmica da privação e do controle (Marcelino & Carvalho, 2005). Relacionado com o controle deficiente da glicemia e com complicações em pessoas com diabetes tipo 1, o transtorno depressivo é considerado um fator de alto risco.

A depressão infantil tem recebido destaque mais recentemente, uma vez que, até os anos de 1960, não se acreditava na possibilidade de sua existência nessa faixa etária. Muito semelhante à forma de sofrimento adulta, seus sintomas causam prejuízos nas áreas da vida infantil, os quais certamente acarretam consequências negativas para o seu desenvolvimento. Sérios comprometimentos nas relações familiares e alterações psicossociais e emocionais podem estar presentes na dinâmica da criança com sintomas depressivos (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Embora o transtorno depressivo seja muito prevalente na infância, é o transtorno de conduta um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil, e o aumento de

¹ O *Diabetes Mellitus* é uma doença crônica, caracterizada pela elevação da glicose (açúcar) no sangue acima da taxa normal (hiperglicemia). A taxa normal é de aproximadamente 60 a 110 mg%. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, mas, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde. O *Diabetes Mellitus* tipo 1 é a mais prevalente em crianças e caracteriza-se pela insulino-dependência (Ministério da Saúde, 2006).

sua incidência é um fator preocupante para os profissionais da saúde (Bordin & Offord, 2000). Os transtornos de conduta costumam estar relacionados a comportamentos agressivos, porém, é esperado que ao longo do processo de desenvolvimento crianças e adolescentes apresentem comportamentos agressivos. Entretanto, caso essas condutas se mostrem severas e frequentes, elas podem indicar sinais de que há um padecimento infantil. O mais preocupante nessa patologia é que esse tipo de sofrimento psíquico tende a persistir na idade adulta (Barros & Silva, 2006).

A necessidade de compreensão do padecimento infantil fica evidente ao se considerar que, na infância, o sujeito está em um momento de sua constituição psíquica e, diante da presença de adversidades, a intervenção terapêutica ainda pode modificar o curso dos acontecimentos e ser produtora de saúde (Bleichmar, 1993). Para refletir a respeito de questões relevantes no *diabetes melitus*, na depressão e no transtorno de conduta, é importante abordar o processo de constituição psíquica infantil, enfocando as singulares vivências próprias de cada uma dessas modalidades de padecimento que podem vir a configurar-se como vivências traumáticas na infância.

O processo de constituição psíquica: Destinos do sujeito

Aportes da Psicanálise a respeito da infância têm demonstrado até que ponto as determinações simbólicas capturam o corpo da criança (e não só o da criança), colocando-o a serviço da expressão sintomática psíquica, desconhecendo e contrapondo-se, muitas vezes, às funções biológicas do próprio organismo. As conversões histéricas e os quadros catatônicos das psicoses esquizofrênicas são expressões dramáticas do nível de intromissão da subjetividade psíquica na articulação do funcionamento corporal em nível neuromuscular (Jeruzalinsky, 2004).

Mas a que tipo de ordem psíquica respondem algumas sintomatologias infantis? Transtornos graves da primeira infância, traumatismos graves nos sujeitos já constituídos, modos de estruturação dos sistemas representacionais arcaicos remetem aos conceitos de constituição psíquica, suas primeiras inscrições e ao lugar do infantil na constituição do psiquismo (Bleichmar, 1994).

É importante salientar que, em psicanálise, infância e infantil relacionam-se com estruturas conceituais diferentes. O conceito de infância refere-se a um tempo histórico que

está relacionado a uma etapa do ciclo vital, enquanto que pensar o infantil está além da simples cronologia. O infantil é atemporal, definido como tudo aquilo do psíquico que se inscreveu na infância e que segue vigente ao produzir efeitos (Macedo 2006), e remete a conceitos como pulsão, recalque e inconsciente (Bleichmar, 1994). São as inscrições mnêmicas infantis que fornecerão a base de um entramado psíquico por onde circularão os investimentos pulsionais.

Em *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1895/2003) atribuiu às experiências infantis valor determinante e fundante do psiquismo. Nesse texto, o autor aborda questões relativas ao desamparo psíquico, apresentando as noções de “vivência de dor” e da “experiência de satisfação” como elementos constituintes da subjetividade. Trata-se de uma teoria da constituição do psiquismo precoce, a partir da função estruturante da alteridade humana, que ressitua os caracteres peculiares das inscrições diferenciais e singulares (Bleichmar, 1994).

Para tanto, é indispensável que se compreenda as questões relativas ao desamparo psíquico. Freud (1895/2003) afirma que, para que a criança se constitua como unidade psíquica, será indispensável sua passagem pelas noções de “vivência de dor” e “experiência de satisfação”, as quais são essenciais no que diz respeito ao surgimento do narcisismo infantil. Só há constituição como um Eu separado do outro, se a pessoa que a cuida o faz libidinalmente, com prazer, e considera-a como um outro, construindo uma representação dela como um ser separado de si (Mohr, Campos, Fensterseifer & Macedo, 2005, p. 73).

É também necessária a compreensão da função essencial dos afetos negativos (desprazer, dor, angústia), de um lado, no desencadeamento do processo psíquico, e, por outro lado, na formação dos sintomas, âmbito em que a angústia exerce um papel central. É justamente nas relações do desprazer, da dor e da angústia que se pode entender melhor as relações entre psiquismo e corpo (Laplanche, 1998).

A ideia de um desamparo inicial está na base de diversas ordens de considerações a respeito do nascimento e da constituição psíquica (Laplanche & Pontalis, 2008). Sabe-se que o ser humano nasce em uma total condição de desamparo, impossibilitado de sobreviver sem um outro ser humano que o tutele. As relações com os outros são as experiências com base nas quais a criança se desenvolve. O outro, ao aliviar as tensões biológicas de ordem autoconservativas do bebê, é capaz de gerar um “plus de prazer” que fará nascer as inscrições dos objetos originários, desenhando o “mapa” que servirá de apoio e fundamentará a dinâmica psíquica do sujeito (Bleichmar, 1994).

Para o processo de estruturação de um sujeito psíquico, é necessário salientar a função do processamento de quantidades (intensidades) descrito por Freud (1895/2003) em seu texto do *Projeto para uma Psicologia Científica*. A partir da diferenciação de três sistemas neuronais (semipermeáveis, impermeáveis e perceptivos) que envolvem e determinam as formas de circulação de energia. Os sistemas neuronais estão organizados de tal forma que as grandes quantidades fiquem afastadas. Porém, todos os dispositivos de origem biológica possuem um limite de eficiência para além do qual fracassam. Dessa forma, quando grandes quantidades externas irrompem e inundam o psiquismo, há uma desorganização da economia psíquica, e uma incapacidade do organismo de processá-las. Tal fenômeno é denominado por Freud (1895/2003) como “vivência de dor”.

Na medida em que aumenta a complexidade interna do organismo, o sistema neuronal recebe estímulos endógenos que também necessitam ser descarregados. Porém o organismo já não pode lançar mão da mesma estratégia que utiliza frente aos estímulos externos. Assim, o sistema neuronal se vê obrigado a abandonar sua tendência primitiva à inércia e “aprender” a tolerar a acumulação de certa quantidade interna no menor nível possível, e defender-se contra todo o aumento da mesma, ou seja, buscar manter constante o seu nível de tensão (Freud, 1895/2003).

A “vivência de dor”, da qual o organismo não pode escapar sozinho, diferencia-se da “vivência de satisfação” – redução dessa tensão–, justamente pela ajuda alheia advinda de outro ser humano experiente. O bebê se vê confrontado com necessidades que não tem como responder sozinho, pois é inicialmente incapaz de realizar a ação específica exigida para sua satisfação. Impossibilitado de agir, a única descarga possível ao bebê será o choro, que se torna signo de comunicação com o próximo. Quando o “outro auxiliar” efetua a ação específica no mundo exterior para o bebê, este se encontra numa posição de cumprir sem demora, por meio de dispositivos reflexos, a função que, no interior do seu corpo, é necessária para eliminar o estímulo endógeno (Freud, 1895/2003).

A totalidade desse processo representa então uma “vivência de satisfação”, que tem as mais decisivas consequências para o desenvolvimento funcional do indivíduo (Freud, 1895/2003). É importante salientar que Freud (1895/2003) se refere à totalidade desse processo porque o que se inscreve não é a diminuição da tensão de necessidade, senão a experiência na qual o objeto oferecido pelo outro é inscrito no aparelho psíquico.

No entanto, assim como a “vivência de satisfação” proporciona o enlace com representações apaziguadoras, a “vivência de dor” favorece o reinvestimento da imagem mnêmica do objeto hostil. Se essa imagem mnêmica é reinvestida, por um motivo

qualquer, surge um estado que não é o de dor, mas que tem com este muita semelhança, e que inclui o desprazer e a tendência a descarga correspondente a uma vivência de dor (Freud, 1895/2003).

Estas primeiras marcas, que começam a ser inscritas através do encontro com outro, são os pilares da constituição psíquica. Ao se ocupar dos tempos de desenvolvimento mais remotos da história do sujeito, a psicanálise evidencia a importância do espaço intersubjetivo, pois “será justamente na relação que marca os tempos iniciais da vida com o outro que cuida e atende suas necessidades, que é oferecida ao bebê a possibilidade de construção dos recursos psíquicos que lhe serão exigidos nas experiências ao longo da vida” (Dockhorn, Macedo e Werlang, 2007, p.39)

A vivência de satisfação não se constitui pela simples satisfação nutritiva, senão pelo fato de que esse elemento nutrício é introduzido pelo outro humano auxiliar (Bleichmar, 1994), aquele que Freud denominou “*nebenmensch*”² (Lacan, 1961/1997). E será por intermédio deste *nebenmensch*, como sujeito falante, que tudo o que se refere aos processos arcaicos pode tomar forma na subjetividade do sujeito. Bleichmar (1994) define esse outro humano, como provido de inconsciente e cujos atos não se reduzem ao autoconservativo.

No momento da amamentação, a mãe, provida de um Eu é capaz de investir narcisicamente um bebê e não apenas de propiciar a introdução de quantidades sexuais não ligadas. Numa perspectiva mais genética, pode-se conceber a constituição do Eu como unidade psíquica, correlativamente à constituição do esquema corporal. Essa unidade é precipitada por uma determinada imagem que o sujeito adquire de si mesmo, segundo o modelo do outro, e é precisamente o Eu (Laplanche & Pontalis, 2008).

A representação totalizante que o bebê adquire no interior dos sistemas do narcisismo materno permitirá que a pulsão encontre, inicialmente, formas de ligação por meio de vias colaterais. A falta de inscrições mnêmicas por parte do *outro auxiliar* dificultará (ou impossibilitará) a estruturação de uma rede organizadora de um sistema de ligações que permita a constituição do Eu. Ou seja, são os modos de inscrição e de ligação que originam o entramado de base que impede que a constituição caia no vazio (Sauret, 1998).

Em sua obra *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/2003) refere que a possibilidade de domínio da energia pulsional será definida justamente pela capacidade de

² Do alemão *Neben* – ao lado de, perto de, junto a –, e *mensch* – homem, ser humano, pessoa (Keller, 2009).

ligação dessa energia. Muitas vezes, porém, falhas acontecem durante o processo de estruturação psíquica. O traumatismo será proposto, então, como quaisquer excitações de fora que, pelo excesso de intensidade, atravessem o escudo protetor que é eficaz sobre outros aspectos. Para o autor, nessa situação o princípio do prazer fica temporariamente inativo, impossibilitado de evitar que o aparelho mental seja submergido de grandes quantidades de estímulos. O traumatismo se dá na relação entre as quantidades e a capacidade de ligação da pulsão no interior do aparelho psíquico, e os destinos da pulsão, baseados nessas marcas, determinarão a dinâmica psíquica dos sujeitos (Bleichmar, 1994). Traumatismos severos do lado do outro, falhas de todos os tipos, podem deixar a criança entregue a quantidades não articuladas que a submetam a uma dor constante. A vivência traumática inunda o psiquismo e provoca um colapso econômico que acarreta o desmanche das possibilidades de proteção (Dockhorn, Macedo & Werlang, 2007).

Frente a uma vivência marcada pelo excesso traumático, muitas vezes o sujeito pode ou não conseguir incluí-la em uma rede de representações psíquicas possíveis. Porém, de qualquer forma, é a partir das primeiras inscrições que são sedimentadas as bases para o desenvolvimento físico e psíquico da criança.

É a partir das vivências infantis que será traçado o mapa “funcional” aonde as inscrições subsequentes serão alocadas por toda a vida. Sendo assim, infantil remete a um período que, embora paradoxal, é esquecido e determinante. São inscrições esquecidas e que deixam marcas profundas no funcionamento psíquico, e que, em situações de extrema intensidade e incapacidade de defesa por parte do sujeito, tomam a configuração de excesso traumático. Nesse sentido, o traumático não são as experiências como tais, mas as marcas deixadas por elas (Freud, 1905/2003).

Em *Notas sobre o Bloco Mágico*, Freud (1925/2003) irá ilustrar a compreensão do aparelho psíquico através da “*noção de inscrições de traços mnêmicos inapagáveis*” e da possibilidade inesgotável de inscrição de novas marcas. Na *Carta 52* (Freud, 1950/2006), incluirá duas noções fundamentais: a inacessibilidade do material recalcado referente às inscrições deixadas no psiquismo pelas experiências infantis, porém em alusão não especificamente ao que foi visto, ouvido ou vivido, mas às marcas deixadas pelas experiências de prazer e desprazer que a criança vivenciou (Zavaroni, Viana & Celes, 2007).

O infantil não se desfaz no adulto. No percurso freudiano da constituição do infantil, este inscreve-se definitivamente em associação ao desenvolvimento pulsional. Freud (1905/2003) assinala a característica essencial de sobreposição que marcará o processo de

subjetivação, em que os modos mais arcaicos do desenvolvimento permanecem presentes. Assim, o adulto sempre portará o infantil que o constitui (Zavaroni, Viana & Celes, 2007). Mais do que uma sequência temporal, Macedo (2006) considera que a complexidade dessas vivências se opõe a uma explicação linear de causa e efeito, e propõe que a marca de uma história singular alicerça-se no interjogo *temporalidade-atemporalidade*, característico da sexualidade humana. E a possibilidade de construção de uma história assim alicerçada necessita de recursos psíquicos construídos e desenvolvidos no espaço intersubjetivo infantil.

Diabetes, depressão e transtorno da conduta: Formas diferentes de padecimento

Dependendo da história singular de constituição psíquica infantil, os recursos internos de que a criança dispõe podem não ser suficientes em situações de padecimento físico ou psíquico. Uma constituição marcada pelo excesso traumático deixa o sujeito impossibilitado de incluir as marcas dessa experiência em uma rede de representações psíquicas. A doença crônica pode se configurar como um excesso, na medida em que a dor de sua vivência muitas vezes extrapola as capacidades de defesas psíquicas infantis.

Embora estudos anteriores (Castro & Piccinini, 2002; Bahls & Bahls, 2003; Marcelino & Carvalho, 2005; Goodwin & cols., 2009) ressaltem a influência da forma de representação da doença sobre o modo individual de agir sobre ela, poucos estudos esclarecem como a criança entende, organiza e vivencia a doença. Além disso, os estados emocionais e o temperamento da criança enferma podem predispor a formas de funcionamento mais ajustadas às demandas ambientais (Wallander & Varni, 1998). Como resultado da interação entre a própria vulnerabilidade da criança, características próprias da doença, estressores ambientais e eventos da vida, podem ainda aparecer, nas crianças cronicamente doentes, transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (Castro & Piccinini, 2002). Esses transtornos podem ser os grandes causadores das dificuldades emocionais relacionadas à doença e à não adesão ao tratamento (Moreira, Palpebaum & Appolinário, 2003).

O padecimento crônico provoca profundas transformações no mundo infantil devido ao seu andamento demorado, sua progressão, à necessidade de tratamentos prolongados e pelo seu impacto na capacidade funcional da criança (Wasserman, 1992; Heinzer, 1998). Trata-se de uma situação de crise psicológica para a criança e sua família, impondo

mudanças no estilo de vida, e provocando limitações, angústias, conflitos, ansiedades e tristezas (Moreira & Dupas, 2006).

Estudos confirmam que a criança portadora de doença crônica pode ter seu desenvolvimento físico e psíquico afetados pela enfermidade e também pelo tratamento (Bennet, 1994; Burke e Elliot, 1999; Hutteman, Denissen, Asendorpf & Van Aken, 2009), tornando mais complexa a travessia dessa fase e, muitas vezes, comprometendo etapas posteriores de sua vida. (Wallander & Varni, 1998; Hutteman & cols, 2009).

A concepção infantil a respeito da doença que possui afetará sua percepção a respeito dos sintomas, sua reação emocional frente à doença, sua experiência de dor e desconforto, sua aceitação de cuidados médicos, bem como sua resposta ao tratamento (Goldman, Granger, Whitney- Saltiel & Rodin, 1991).

No caso da *Diabetes Mellitus* – uma doença incurável que atinge milhões de pessoas (Brasil - Ministério da Saúde, 2006) – por exemplo, as dificuldades, que as crianças têm em lidar com a doença ocasionam prejuízos na automonitorização e resultam na descompensação clínica, demonstrando a importância dos fatores psicológicos que estão associados ao controle da glicemia (Maia & Araújo, 2004). Dependendo do modo como se manifesta e do significado que adquire na fantasia do paciente, o diabetes atingirá de modo mais ou menos catastrófico a autoestima, a qualidade de vida, a possibilidade e a qualidade dos relacionamentos da criança (Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes [GEED], 2000).

O diabetes é considerado por diversos autores como uma doença tanto psicossomática – sofre influência de fatores psicossomáticos em sua etiologia – (Ajuriaguerra, 1976; Grünspun, 1980; Anjos, 1982; Debray, 1995; Marcelli, 1998; Graça & col., 2000; Marcelino & Carvalho, 2005), quanto somatopsíquica – sofrimento físico que acarreta alterações ou sofrimento psíquico (McDonnell & cols., 2007). Dessa forma, a medicina sozinha não dá conta de evitar complicações e de seu controle. Além de exames e medicamentos, são necessários dieta, exercícios físicos e equilíbrio emocional, visto que esses aspectos influenciam diretamente o curso da doença, podendo descontrolar a glicemia e agravando o quadro (Marcelino & Carvalho, 2005).

A vivência com o Diabetes provoca transformações no mundo infantil. A criança precisa aprender a conviver com as limitações, situações e novas rotinas impostas pela doença. Cada fase da convivência com o diabetes tem características próprias que requerem força, mudanças de comportamento e um processo complexo que envolve fatores externos e internos. O diabetes será enfrentado diferentemente por cada criança, pois

dependerá da qualidade de seus recursos psíquicos para lidar com ele (Moreira & Dupas, 2006). Pesquisas indicam que o Diabetes tipo 1 é um fator de risco para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas em crianças e adolescentes (Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes [GEED], 2000).

Nesse sentido, uma forma de padecimento que tem sido investigada como potencialmente associada ao diabetes e às doenças crônicas em geral é a depressão infantil. (Castro & Piccinini, 2002). É importante salientar que os transtornos depressivos na infância são muito frequentes, normalmente graves e de início cada vez mais precoce (Bahls, 2002) constituindo-se em um problema que atinge a percepção e a experiência infantil com a doença, trazendo implicações na adaptação e enfrentamento dessa situação (Bennet, 1994; Burke & Elliot, 1999; Hutteman & cols., 2009). Em casos de adoecimento crônico, o seu diagnóstico pode ficar dificultado, uma vez que os sinais e sintomas da doença frequentemente se impõem. Dentre os sintomas básicos de um episódio depressivo infantil encontram-se as queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social, além de aparência triste, choro fácil, apatia, fadiga, isolamento e declínio do desempenho escolar, podendo chegar à recusa escolar, ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer (Castro & Piccinini, 2002; Bahls, 2002). Crianças e adolescentes deprimidos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo os transtornos de ansiedade os mais facilmente encontrados, representando 40% dessas comorbidades (Bahls, 2002).

Em muitos pacientes a depressão está intrinsecamente ligada a outros tipos de transtornos. Dentre as condições psiquiátricas mais comumente encontradas na população infantil, os transtornos de ansiedade acometem até 10% das crianças, e mais de 50 % delas apresentarão um episódio depressivo como parte de sua sintomática. No que se refere aos quadros de ansiedade, aqueles relacionados a fobias específicas, ansiedade de separação e transtorno de ansiedade generalizada estão entre os mais frequentemente encontrados (Asbahr, 2004).

Obviamente existem muitos fatores de risco para os transtornos de depressão infantil, além da própria doença crônica, tais como histórico psiquiátrico familiar, eventos estressores ambientais, além de falhas no desenvolvimento psíquico. De acordo com sua estrutura psíquica e seus recursos internos, a criança lidará melhor ou pior com a situação de doença (Feldman & cols., 2010).

Os aspectos depressivos em crianças pré-escolares e escolares são verificados através da observação dos temas das fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, com

conteúdos predominantemente de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocrítica e morte (Bahls, 2002). Além disso, os estados emocionais e o temperamento da criança enferma podem predispor a formas de funcionamento mais ajustadas às demandas ambientais (Wallander & Varni, 1998). No caso da depressão, sua manifestação ocorre por meio de sintomas emocionais, como o desânimo, baixa autoestima e desinteresse por atividades prazerosas; de natureza cognitiva, como pessimismo, irritação e desesperança; motivacionais, como apatia e aborrecimento; e ainda sintomas físicos, tais como perda de apetite, dificuldade para dormir e perda de energia (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Além da depressão, estudos têm relacionado frequentemente desajustes comportamentais à doença crônica na infância (Bennet, 1994; Burke & Elliot, 1999; Hamlet & cols., 1992; Wallander & Varni, 1998). Há, inclusive, indícios de uma forte associação entre o número de hospitalizações no primeiro ano de vida (não necessariamente envolvendo doença crônica) e a presença de problemas de comportamento posteriores (Castro & Piccinini, 2002). Os fatores que podem influenciar o surgimento de problemas de comportamento em crianças cronicamente doentes são o a dinâmica familiar alterada em decorrência da enfermidade (Wallander & Varni, 1998), as possíveis limitações físicas e de socialização, a dependência aumentada (Bennet, 1994) e o estresse associado à doença, dentre outros (Hamlett & cols., 1992).

É importante salientar que, ao longo do desenvolvimento considerado normal – principalmente em idades pré-escolares e na adolescência –, crianças e adolescentes podem apresentar comportamentos agressivos, desafiadores e antissociais. Eles podem brigar com os irmãos ou com os pares, desobedecer, quebrar objetos e brinquedos, fazer birra, etc., mas o que caracteriza a existência de patologia são a ocorrência de um padrão consistente nessas condutas, representando um desvio do padrão de comportamento esperado para pessoas da mesma idade e sexo em determinada cultura, e o grau de prejuízo que elas causam aos demais e à sociedade em geral (Barros & Silva, 2006; Bee, 2003; Bordin & Offord, 2000).

Na base desse transtorno encontra-se uma tendência permanente em apresentar comportamentos desajustados, bem como, muitas vezes, o envolvimento em atividades perigosas e até ilegais. Dessa forma, seu comportamento apresenta maior impacto nos outros do que sobre si mesmo e sua persistência parece demonstrar uma incapacidade de aprender com as consequências negativas dos próprios atos (Bordin & Offord, 2000). Ao estudar o comportamento delinquente no jovem, Steffen (2006) esclarece que esses

quadros têm início não raramente na infância. Essas manifestações, como dificuldades de ficar na escola, por exemplo, que ainda não são delitos, apontam para não percepção e o não sofrimento por atingir o outro, e aludem a uma constituição psíquica frágil, marcada pela dificuldade de reconhecimento de um limite entre o eu e o outro.

Ao constatar-se a existência de problemas familiares e sociais na história de vida dos delinquentes juvenis, o transtorno de conduta de crianças e adolescentes tem sido atribuído a fatores constitucionais e ambientais. Dentre os fatores de risco estão: receber cuidados maternos e paternos inadequados, viver em meio à discórdia conjugal, ser criado por pais agressivos e violentos, e ter mãe com problemas de saúde mental (Bordin & Offord, 2000). A importância desses fatores faz ainda mais sentido do ponto de vista psicodinâmico, ao tomar-se como modelo um psiquismo que se origina a partir do outro e, portanto, as falhas no exercício das funções materna e paterna terão como resultado a estruturação de um psiquismo frágil (Bleichmar, 1993).

Mesmo considerando que os transtornos de conduta sejam mais frequentes no período da adolescência, sabe-se que eles podem surgir precocemente entre o início da infância e a puberdade e tendem a persistir até a idade adulta. Em geral, quanto mais precoce e frequente é o surgimento dos sintomas, pior será o prognóstico. Quando eles se iniciam antes dos 10 anos, observa-se com maior frequência a presença de transtorno com déficit de atenção e hiperatividade, comportamento agressivo, prejuízo intelectual, convulsões e comprometimento do sistema nervoso central devido à exposição a álcool e drogas, etc. (Bordin & Offord, 2000;). Transtornos de conduta que surgem durante a infância podem persistir ao longo da vida, constituindo quadros psiquiátricos de difícil tratamento, sendo esses indivíduos mais vulneráveis a transtornos comórbidos, como transtornos depressivos e transtornos induzidos por substâncias (Sadock & Sadock, 2008).

É justamente devido a este contexto de fragilidade psíquica que, quanto maior o número de transtornos mentais concomitantes, pode-se cogitar a probabilidade de que a vida do sujeito será pautada por dificuldades. Além disso, ao mesmo tempo em que crianças com comportamento antissocial tendem a permanecer antissociais na idade adulta, adultos antissociais tendem a ter filhos com o mesmo comportamento, estabelecendo-se um ciclo de difícil interrupção (Bordin & Offord, 2000). Dessa forma, uma vez os transtornos de conduta tornam-se mais estáveis e dificilmente modificáveis ao longo do tempo, é de fundamental importância que crianças e adolescentes com esse tipo de patologia possam ser diagnosticados precocemente, para que tenham maior oportunidade de beneficiar-se de intervenções terapêuticas e ações preventivas (Bordin & Offord, 2000;

Sadock & Sadock, 2008).

O adoecimento crônico, qualquer que seja ele, precisa ser avaliado por meio de um olhar amplo que contemple a complexidade de fatores nele envolvidos. Suas vivências críticas expõem os sujeitos a modalidades de sofrimento, frente às quais nem sempre é possível lançar mão de recursos que promovam a elaboração das intensidades emocionais envolvidas.

O padecimento infantil: Vivências orgânicas, condições de elaboração, efeitos no sujeito

Cabe destacar a relevância dos aspectos psíquicos no cenário de doença crônica infantil. Diversos estudos científicos (Wallander & Varni, 1998; Marcelino & Carvalho, 2005; Araújo, & cols., 2009; Feldman & cols., 2010) têm demonstrado essa relação, ao examinarem a existência de associações entre padecimento físico ou psíquico na infância, histórico psiquiátrico familiar, negligência dos cuidadores, constituição psíquica vulnerável, padrões culturais e fatores familiares.

A doença crônica pode ser entendida, então, como uma realidade factual que se impõe à realidade psíquica da criança, uma vez que sua vivência a obriga a confrontar-se com complexas adversidades. Os efeitos destas adversidades vivenciadas como excessos traumáticos podem resultar em situações subjetivantes ou desubjetivantes (Maia, 2003). Em seu aspecto subjetivante, a experiência traumática pode modificar a forma de ser no mundo, desestabilizando os códigos linguísticos operantes e provocando desdobramentos de sentidos e significações para o indivíduo ou para a coletividade. Já, em seu aspecto negativo, o evento traumático pode trazer um efeito paralisante dos processos de simbolização. O destino do impacto traumático – ser subjetivante ou aniquilador –, dependerá de uma série complementar que implica, de um lado, as possibilidades subjetivas daquele que viveu o excesso traumático e, do outro, a sustentação conferida pela rede sociocultural (Maia, 2003).

Esse ciclo, no entanto, não produz efeitos apenas momentaneamente. Ao se produzir na infância, além de seu potencial determinante na constituição psíquica, é também o mais precoce e está em conexão com os modos arcaicos do funcionamento psíquico, uma vez que essas vivências inscritas no Inconsciente produzem efeitos por toda a vida e não se encerram com o fim da infância (Zavaroni, Viana & Celes, 2007).

Ao falar especificamente da doença orgânica, Freud (1914/2003) diz que se deve levar em conta a influência da enfermidade orgânica na distribuição da energia psíquica, a libido. Segundo o autor, mediante um sofrimento orgânico o sujeito deixa de se interessar pelas coisas do mundo exterior que não digam respeito ao seu sofrimento. O doente recolhe seus investimentos libidinais para o Eu. Entretanto, se o sujeito do qual falamos é uma criança, o recolhimento libidinal no Eu à custa da diminuição da libido objetual poderá resultar em uma restrição do capital libidinal, com prejuízo na construção e vivência de modalidades necessárias de investimento psíquico em seu entorno. Se não há constituição psíquica sem encontro com outro, esta também fica prejudicada quando os encontros não se dão de forma esperada. Logo, aquilo que ocorre no corpo do sujeito demanda trabalho ao psiquismo. A partir dessa perspectiva, a doença orgânica torna-se passível de ser pensada para além do diagnóstico clínico, ou seja, desde seu impacto na vida pulsional e na distribuição dos investimentos libidinais. Sob uma condição de excesso, produz-se a fratura na capacidade de administrar a economia psíquica.

Angústia frente ao desconhecido, sentimentos de desvalorização, medo da morte são características desta realidade que se impõe à criança enferma e com as quais ela tem que lidar. A criança que vivencia uma situação de padecimento crônico fica frente a frente com a vertente deficitária de seu corpo e pode ser ver impossibilitada de elaborar de forma satisfatória as intensidades oriundas dessas adversidades.

Sob o domínio do traumático, percebe-se uma importante falta de recursos e, conseqüentemente, uma suscetibilidade de inundamento psíquico pelo excesso traumático (Dockhorn, Macedo & Werlang, 2007), o que faz pensar em um ciclo arco-reflexo. As experiências traumáticas, em um contexto de fragilidade psíquica e falta de recursos internos, deixam o sujeito ainda mais vulnerável frente a outras vivências de excesso que escapem ao universo representacional do sujeito pela magnitude e intensidade. Trata-se de uma realidade que se impõe à realidade psíquica infantil e suas marcas podem determinar formas de funcionamento mais ou menos ajustadas.

Dessa forma, o padecimento na infância, seja físico ou psíquico, pode trazer prejuízos significativos a seus portadores até a vida adulta (Goodwin & cols., 2009; Copeland, & cols., 2009; Clark & cols., 2010). É justamente essa inter-relação que torna evidente a necessidade de estudos que promovam a adoção de medidas que levem em conta o impacto emocional dos padecimentos infantis, a fim de proporcionar intervenções preventivas no cenário de adversidades que possam adentrar o mundo infantil.

Considerações Finais

Considerando ser o padecimento infantil potencialmente traumático, pelo excesso de intensidades psíquicas que demanda, torna-se importante para o sujeito que vivencia essas intensidades encontrar formas de incluí-las em uma rede interna de significação, fazendo com que essas experiências possam ter um destino fora do campo psicopatológico. Uma possibilidade fértil é relatar ao outro sua experiência, dirigindo seu depoimento a uma escuta capaz de provocar a abertura de possibilidades de representação psíquica para esse excesso. Uma vez que é no espaço intersubjetivo de trocas com o outro que acontece o processo de constituição psíquica, também poderá ser este o espaço onde ocorra a construção de recursos emocionais que promovam a elaboração e deem possibilidades de novos destinos a essas experiências de dor física e dor psíquica na infância. Para tal, cabe a reflexão a respeito da relevante necessidade de atenção e cuidado às condições do entorno da criança em situação de padecimentos.

A vivência precoce de uma enfermidade deixa marcas. A constituição psíquica e a forma singular de lidar com a doença determinarão de que forma essas marcas serão mais ou menos influentes na dinâmica psíquica individual que se seguirá ao longo da vida. Mesmo que esses desajustes ocorram aparentemente numa perspectiva orgânica, eles não se limitam a ela. O diabetes mostra de forma evidente as relações existentes entre o somático e o psíquico e suas determinações nos casos de padecimento. Limitações, tratamentos dolorosos e prolongados, internações hospitalares e dietas específicas que chegam ao extremo são exemplos das vivências que a criança diabética tem que enfrentar. Entretanto, mais do que dificuldades, essas vivências muitas vezes apresentam comorbidades, ou seja, se fazem acompanhar por outras formas de padecimento, entre elas os transtornos depressivos e de conduta. Essas comorbidades tendem a dificultar de forma decisiva a vida e interferem no processo de constituição psíquica infantil, já que, mesmo quando vivenciadas isoladamente, possuem um caráter muitas vezes avassalador na infância.

Casos de depressão infantil não são raros e suas conseqüências são tão ou mais graves do que casos na idade adulta, devido à potencialidade de seus efeitos se estenderem ao longo da vida. Além disso, o sofrimento depressivo leva crianças, inclusive, a tentativas de suicídio e até mesmo ao suicídio. Desse modo, não se pode negligenciar um olhar sobre este padecer. A dificuldade de diagnóstico não acontece porque, muitas vezes, a

modalidade de sofrimento infantil apresentada não é levada a sério. Além disso, outras vezes, passa simplesmente despercebida pelos pais ou cuidadores. O inegável é que esse tipo de experiência vai atingir de forma mais ou menos decisiva as modalidades de relacionamento consigo e com o meio que cerca a criança e, portanto, prejudicar as trocas simbólicas tão necessárias à sua constituição. Uma criança que sofre de transtorno depressivo fica exposta a quantidades de intensidades emocionais, as quais ela mal pode explicar, quanto mais elaborar.

O desenvolvimento emocional vai determinar a forma singular de um indivíduo perceber o mundo à sua volta. No caso de crianças com transtorno de conduta, por exemplo, o sofrimento psíquico vai determinar não apenas a maneira hostil de funcionamento infantil, mas, também, sua forma de percepção da agressividade alheia, atribuindo de forma excessiva hostilidade aos demais. Trata-se não apenas de uma forma de padecimento na qual o limite eu-outro não é respeitado, mas que também não é vivenciado assim. Desse modo, a criança com transtorno de conduta literalmente sofre de algo que experencia com um alto custo emocional. São vivências que contam com excessos que aparecem nos desajustes do comportamento infantil, denunciando sua desadaptação e sua fragilidade.

O adoecer emocional confundido com tristeza ou rotulado de mau comportamento deixa a criança à mercê do fracasso psíquico frente a intensas conflitivas. Entretanto, se o sofrimento psíquico encontra formas alternativas de expressão e elaboração, tal experiência pode entrar no *continnum* de uma cadeia subjetivante e possibilitar que a criança encontre formas singulares de ser, estar e lidar com o seu padecimento.

Dessa forma, é evidente a necessidade de avaliação e diagnóstico precoces das formas de padecimento psíquico infantil. Mais além do sofrimento orgânico, são muito complexas as sequelas emocionais que a enfermidade crônica pode causar na criança. O diagnóstico pode ser a diferença entre a maior ou menor gravidade desses efeitos. O olhar atento dos profissionais de saúde, pais e cuidadores de crianças cronicamente enfermas e o encaminhamento para uma avaliação psíquica cautelosa podem ser decisivos para o seu futuro.

Muitas vezes, o que se vê é exatamente o isolamento da família que possui uma criança portadora de doença crônica ou em padecimento psíquico. O que pode deixar a criança ainda mais vulnerável a transtornos emocionais. As trocas simbólicas com o meio, as relações sociais ficam ainda mais prejudicadas. Os numerosos cuidados com as medicações, horários, alimentação e restrições terminam por interferir no mundo infantil,

provocando apatia e passividade. Outras vezes, pais e cuidadores têm dificuldades em estabelecer os limites necessários aos comportamentos das crianças, o que pode interferir também no controle dos seus impulsos. Se essa dinâmica ocorre numa família em situação de isolamento social, não há quem possa intervir em auxílio da criança, fazendo-se presente o risco de que o necessário reconhecimento de limites fique prejudicado, promovendo condições para que surjam desajustes de comportamento.

Independentemente de ser um sofrimento orgânico ou psíquico, é necessário abrir espaço para que o tratamento envolva não apenas os aspectos clínicos, mas que sejam contempladas repercussões psíquicas e sociais, tanto para a criança quanto para sua família. Torna-se imprescindível que profissionais da saúde estejam atentos aos aspectos que transcendem um tratamento médico infantil. Uma visão restritiva, que não abarque as relações infantis com o meio e, principalmente, com as figuras significativas que a cercam, certamente comprometerá não apenas o êxito do tratamento, mas, também, as etapas do desenvolvimento infantil e as demais etapas da vida do sujeito.

Além do mais, uma relação saudável entre a criança, a família e os profissionais de saúde acaba por auxiliar na aprendizagem e na tomada de consciência infantil e familiar acerca da extensão, seriedade e gravidade da doença. A abertura de um canal de diálogo que possibilite à criança e sua família conhecerem, refletirem e expressarem dúvidas e sentimentos beneficia a todos os envolvidos. Recursos de significação daquilo que é vivenciado como excesso torna possível, também, novas formas de experienciar essas situações. Nesse caso, o diálogo e o auxílio familiar qualificarão a aderência da criança e da família ao tratamento, especialmente naqueles muito prolongados, invasivos e dolorosos, mais sujeitos a provocar situações de desamparo ou proteção exagerada à criança, ambas prejudiciais ao seu desenvolvimento psíquico.

Refletir sobre intervenções na infância é, portanto, considerar intervenções promotoras de saúde, uma vez que elas possibilitarão efeitos benéficos não apenas para essa etapa da vida, mas, também, para etapas ulteriores do desenvolvimento humano. Quanto mais precoce for a intervenção, menos abrangentes serão os efeitos negativos de padecimento num aparelho psíquico infantil que ainda está em vias de constituição. Nesse sentido, a Psicanálise demarca a relevância do campo intersubjetivo no processo de subjetivação, destacando os efeitos psíquicos decorrentes de experiências traumáticas. Logo, os recursos de um processo terapêutico proporcionam condições para um melhor enfrentamento de adversidades, promovendo importante auxílio na construção de vias colaterais de escoamento e metabolização das intensidades derivadas das condições do

adoecimento.

A partir dessa perspectiva, tornam-se viáveis novas modalidades de encontros com o mundo exterior que possibilitem à criança outras condições para ser e estar no mundo. Espera-se que a problematização desta temática contribua para um melhor entendimento da complexidade que envolve as situações de padecimento físico ou psíquico na infância, instigando o desenvolvimento de novas estratégias de intervenções que levem em conta as especificidades das diferentes e singulares formas de padecimento infantil.

Referências Bibliográficas

- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80 (2, suppl): S28-S34.
- Ajuriaguerra, J. de (1976). *Manual de psiquiatria infantil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Masson do Brasil.
- Anjos, M. N. dos (1982). *A criança diabética* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Araújo, B., Collet, N. N. M. F. & Duarte R. (2009) Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18, 498-505.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78, (5): 359-366.
- Bahls, S. C. & Bahls F. R. C. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20 (2): 25-34.
- Barros, P. e Silva, F. B. N. (2006) Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, 2, (1), 55-66.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed
- Bennet, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(2), 149-169.
- Bleichmar, S. (1993). *Nas origens do sujeito psíquico: Do mito à história*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleichmar, S. (1994). *A fundação do inconsciente: desejos de pulsão, desejos do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bordin, I. A. S & Offord, D. R. (2000) Transtorno da Conduta e Comportamento Anti-Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22, (supl. II), 12-15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, (2006). 64 p. il. – (*Cadernos de Atenção Básica, n. 16*) (*Série A. Normas e Manuais Técnicos*) Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2009.

- Burke, P. & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40(1), 243-249.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3): 625-635.
- Clarck, C., Caldwell, T., Power, C. & Stephen, A. S. (2010) Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *AEP*, 20 (5): 385-394.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, J. & Angold, A. (2009) Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 66 (7): 764-772.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, F. (2009). Sintomas da depressão infantil e ambiente familiar. *Pesquisa em Psicologia*, 3 (1), 87-100
- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático: Um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dockhorn, C. N. B. F., Macedo, M. M. K. & Werlang, B. S. G. (2007) Desamparo e dor Psíquica na escuta da psicanálise. *Bárbaroi*. 27, 25-42.
- Feldman, J. M., Ortega, A. N., Koinis-Mitchell, D., Kuo, A. A. & Canino, G.(2010). Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical health problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (4), 272-279.
- Freud, S. (1895/2003). Proyecto de una psicología para neurólogos In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 1*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1905-2003). Tres ensayos para una teoria sexual. In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 2*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914-2003). Introducción ao Narcisismo. In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 2*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1920/2003). Mas Allá Del Principio Del Placer. In: In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 3*. Madri: Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1925/2003). El “block” maravilloso. In L. López-Ballesteros (Tradutor), *Edição Espanhola das Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo 3*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1950/2006) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. In José Luis Etcheverry (Tradutor), *Obras Completas: Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes. (2001). Proposta de um estudo multicêntrico com diabéticos em uso de insulina. *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental* (Curitiba), 1(5), 15-18.
- Goldman, S. L., Granger, J., Whitney-Saltiel, D., & Rodin, J. (1991). Children’s representations of “everyday” aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(6), 747-766.
- Goodwin, R. D., Sourander, A., Duarte, C. S., Niemela, S., Multimaki, P., Nikolakaros, G., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Moilanen, I. Tamminen, T. & Almqvist, F. (2009) Do mental health problems in childhood predict chronic physical conditions among males in early adulthood? Evidence from a community-based prospective study. *Psychological Medicine*, 39, 301-311.
- Graça, L. A. C. da, Burd, M., & Mello Fº, J. de (2000). Grupos com diabéticos. In J. de Mello Fº. & cols. (Orgs.), *Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos* (pp. 213-232). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Grünspun, H. (1980). *Distúrbios psicossomáticos na criança*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Hamlett, K. W., Pellegrini, D. S. & Katz, K. (1992). Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 33-47.
- Heinzer, M. M. (1998). Health promotion during childhood chronic illness A paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*, 12(2), 8-16.
- Hutteman, R., Denissen, J. J. A., Asendorpf, J. B. & Van Aken, A. G. (2009) Changing dynamics in problematic personality: A multiwave longitudinal study of the relationship between shyness and aggressiveness from childhood to early adulthood. *Development and Psychopathology*, 21, 1083-1094.
- Jerusalinsky, A. (2004). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Keller, A. F. (2009). *Michaelis dicionário escolar alemão-português*. São Paulo:

Melhoramentos.

- Lacan, J. (1961/1997). *O Seminário – Livro 7: A ética da psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Laplanche, J. (1998). *Problemáticas I – A angústia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J & Pontalis, J-B. (2008). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Macedo, M.M. K. (2006) Latência e Adolescência: Um olhar da Psicanálise. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. 5 (1), 9-16.
- Maia, F., & Araujo, L. R. (2004). Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivos de Endocrinologia e Metabologia*, 48 (2): 261-266.
- Maia, M. S. (2003). *Extremos da Alma: Dor e Trauma na Atualidade e na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond
- Marcelli, D. (1998). *Manual de Psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelino, D. & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo I e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 18(1), 72-77.
- McDonnell, C. M., Northan, E. A., Donath, S. M., Werther G. A., & Cameron, F. J., (2007). Hyperglycemia and externalizing behavior in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30 (1): 2211-2215
- Mohr, A., Campos, C. B., Fensterseifer, L., & Macedo, M. M. K. (2005). Narcisismo: o enlace da Mitologia com a Psicanálise. In M. M. K. Macedo (Org.), *Neurose: Leituras psicanalíticas* (pp. 73-84). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Moreira R. O., Palpebaum, M., Appolinário J.C. (2003) Diabetes Mellitus e Depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (1), 19-29.
- Moreira, P. L., & Dupas, G. (2006). Vivendo com diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14 (1): 25-32.
- OPS, Programa AIEPI. Organización Mundial de la Salud. (2002) Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Washington DC: WHO

- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2008) *Manual conciso de psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Sauret, M. J. (1998). *O infantil e a estrutura*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Steffen, M. I. M. (2006) Delinquência, privação, trauma e passagem ao ato. *Pulsional*, 188, 82-86.
- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 39(1), 29-46.
- Wasserman, M. D. A. (1992). Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In B. Garfinkel, G. Carlson, & E. Weller (Orgs.), M. C. M. Goulart (Trad.), *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência* (pp. 408-416). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zavaroni, D. M. L., Viana, T. C. & Celes, L. A. M. (2007) A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 65-70.

SEÇÃO II

Avaliação dos estados emocionais em crianças com diabetes, depressão e transtorno de conduta através do Teste dos Contos de Fadas

Introdução

As tarefas desenvolvimentais próprias da infância são semelhantes para as crianças saudáveis e as portadoras de doenças crônicas. No entanto, cumpri-las torna-se uma tarefa mais complexa para uma criança enferma. A presença de um padecimento, físico ou psíquico, poderá ocasionar maiores dificuldades no enfrentamento de situações típicas da infância. Independente da etapa do desenvolvimento em que o sujeito se encontra, a condição de adoecimento provoca sofrimento, sendo experimentada como uma ruptura no *continuum* do desenvolvimento do ciclo vital. Diferentes estudos demonstram que a criança enferma, muitas vezes, pode ter seu desenvolvimento físico e psíquico afetados pelo adoecimento e, também, pelo tratamento (Bennet, 1994; Burke e Elliot, 1999; Hutteman, Denissen, Asendorpf & Van Aken, 2009), dificultando a travessia da infância e, frequentemente, comprometendo as etapas seguintes do desenvolvimento (Hutteman & cols, 2009; Wallander & Varni, 1998).

Uma das doenças crônicas mais frequentes entre os brasileiros e que atinge todas as faixas etárias é o Diabetes Mellitus. Enfermidade incurável, o diabetes exige a adesão e a manutenção do tratamento, educação e uma diligente autogestão, para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo (Gendelman & cols., 2009). Porém não apenas as doenças orgânicas provocam sofrimentos e deixam marcas de fragilidade no funcionamento infantil.

Transtornos psiquiátricos, como depressão e de conduta, surgem como resultado da interação entre a vulnerabilidade da criança, as características próprias da doença, os estressores ambientais e os eventos da vida (Bennet, 1994; Bordin & Offord, 2000; Burke & Elliot, 1999; Castro & Piccinini, 2002; Wallander & Varni, 1998). Fica evidente a necessidade de destacar a importância de estudos que abordem as condições de adversidade enfrentadas pela criança diante da existência de uma doença crônica. Uma compreensão

aprofundada a respeito dessas situações pode subsidiar intervenções que promovam condições mais ajustadas de enfrentamento e elaboração das intensidades advindas e impostas por essas formas de padecimento.

Uma vez que os estados emocionais e o temperamento da criança enferma podem afetar sua percepção a respeito dos sintomas, sua reação emocional frente à doença, sua experiência de dor e desconforto, sua aceitação de cuidados médicos, bem como sua resposta ao tratamento (Castro & Piccinini, 2002), torna-se necessário compreender os aspectos que transcendem o tratamento médico da doença. Uma compreensão restritiva do processo de padecimento infantil pode, inclusive, comprometer o êxito do tratamento.

Ao se considerar a relação intrínseca que existe entre a adaptação à enfermidade, adesão ao tratamento, a qualidade de vida e os estados emocionais infantis frente a um contexto de padecimento, clínico ou psíquico, fica evidente a necessidade de estudos que se dediquem à sua identificação e compreensão. O psicólogo dispõe de muitos recursos para acessar os conteúdos psíquicos. Além do uso da entrevista psicológica como instrumento de investigação, podem ser acrescentados outros instrumentos. Os testes psicológicos visam obter, em um mínimo de tempo, o máximo de informações sobre o examinando, em um procedimento sistemático de observar, descrever e compreender a singularidade dos sujeitos. De acordo com sua objetividade e padronização, os testes podem ser classificados em psicométricos e projetivos.

De maneira geral, as técnicas projetivas caracterizam-se por uma situação de estímulo, sem um significado estabelecido pelo examinador, sobre a qual o sujeito atribui um sentido particular e próprio (Macedo & Werlang, 2008). Dentre essas técnicas, os testes projetivos aperceptivos configuram-se como ferramentas eficazes de acesso à dinâmica intrapsíquica. Aqueles que utilizam histórias infantis ou contos de fadas são especialmente eficazes, na medida em que possibilitam a projeção de conteúdos e conflitos inerentes ao sujeito, uma vez que, mesmo fora da clínica, os contos de fadas têm importante papel na realidade psíquica, exercem uma influência especialmente saudável na formação da personalidade infantil, auxiliando na elaboração dos medos e conflitos (Corso & Corso, 2006).

Segundo Bettelheim (1978), os contos de fadas caracterizam-se por colocar um dilema existencial de forma breve e categórica. A possibilidade de projeção dos aspectos inconscientes relaciona-se à distância temporal possível por parte do sujeito, através do “era uma vez” e pelos personagens possuírem a característica de “essencialmente simbólicos” e geralmente fixos, uma vez que não mudam no decorrer da história. Isso

garante que os conflitos vividos pelos personagens estejam, aparentemente, muito distantes daqueles experimentados pelas crianças. Há ainda a questão relativa ao “final feliz”, que alivia o Eu infantil através da reparação das perdas que o herói experimentou anteriormente (Coulacoglou, 2004). Nessa perspectiva, os contos de fadas oferecem uma possibilidade de retorno a um estado ilimitado de “onipotência do eu” (Ferenczi, 1918/2006).

Além disso, as narrativas presentes nos contos de fadas possibilitam às crianças de diferentes contextos sociais, políticos e econômicos darem vazão à sua imaginação, ao mesmo tempo em que viabilizam um canal de aproximação com as temáticas do mundo real e os habitantes do mundo intrapsíquico infantil (Macedo & Werlang, 2008). Os contos de fadas oferecem um enredo seguro, aonde o bem triunfa sobre o mal, o herói é o personagem mais interessante e o vilão sempre é punido, funcionando como um “ensaio”, uma antecipação das dificuldades que, mais cedo ou mais tarde, a criança terá que enfrentar.

Nesse sentido, buscou-se verificar se as respostas dadas ao teste projetivo Teste dos Contos de Fadas – TCF (Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008) evidenciavam conteúdos relativos às variáveis dos estados emocionais (medo de agressão, ansiedade e depressão) em crianças que apresentavam algum tipo de adoecimento crônico, seja físico ou psíquico. O TCF é um teste projetivo com base em conceitos psicanalíticos, é um instrumento de avaliação clínica no qual podem ser identificadas mudanças no desenvolvimento das crianças e também em vários aspectos de sua personalidade, bem como nos seus relacionamentos, podendo ser utilizado como ferramenta de pesquisa (Macedo & Werlang, 2008).

Este estudo tem, portanto, como objetivo, identificar e comparar a presença de conteúdos relativos aos Estados Emocionais (composto pelas variáveis: Medo de Agressão, Ansiedade e Depressão) entre o grupo clínico-psiquiátrico (diagnóstico de depressão e transtorno da conduta), médico-clínico (diagnóstico de diabetes mellitus) e não clínico (população geral), com base nas respostas obtidas no TCF. Através da identificação dos estados emocionais e do diagnóstico precoce torna-se possível pensar e definir formas de intervenção adequadas na clínica psicológica infantil, no tratamento das enfermidades e no dia a dia infantil. O objetivo é, então, propiciar que ações de prevenção sejam possíveis para evitar o sofrimento infantil no curto prazo, assim como prevenir formas de padecimento nas etapas ulteriores do desenvolvimento.

Desse modo, espera-se que este estudo contribua na compreensão do adoecimento crônico infantil como um momento de complexização da organização psíquica e de seu evidente potencial avassalador. O padecimento infantil, seja físico ou psíquico, deixa marcas para muito além da infância e sua compreensão é de inegável importância. Além disso, pretende-se cooperar com o desenvolvimento da adaptação do Teste dos Contos de Fadas no Brasil, contribuindo com formas de utilização e entendimento do TCF, principalmente no que se refere à avaliação dos estados emocionais infantis.

Método

Amostra

A amostra foi composta por 60 crianças (localizadas por conveniência), do sexo feminino e do sexo masculino, com idades entre 6 e 11 anos, alocadas em três grupos: clínico-psiquiátrico (crianças com diagnóstico de depressão e transtorno de conduta), médico-clínico (crianças com diagnóstico de diabetes mellitus) e não clínico (sem diagnóstico, da população geral).

A amostra clínica (psiquiátrica/psicológica) e a médico-clínica foi localizada a partir de uma população de pacientes (com idades entre 6 e 11 anos) com diagnóstico já formulado, admitidos em instituições de saúde e de proteção infantil, internados e/ou em atendimento ambulatorial. O grupo que incluiu pacientes com patologias médico-clínicas foi composto por 10 crianças com diagnóstico de diabetes mellitus. Os subgrupos diagnósticos envolvendo transtornos psiquiátricos incluíram crianças com Transtorno Depressivo (10 crianças) e Transtorno de Conduta (10 crianças).

A amostra não clínica (população geral) foi constituída por 30 crianças entre 6 e 11 anos. As características apresentadas pelos componentes do grupo clínico e médico-clínico deram origem às características para a organização do grupo não clínico quanto à idade, ao sexo e nível socioeconômico.

Para a inclusão dos sujeitos nos grupos clínico-psiquiátrico e médico-clínico, os critérios foram: concordância dos pais para que o filho participasse do estudo, ausência de comprometimento intelectual (critério de exclusão) e apresentação de um dos diagnósticos

de interesse. Para a inclusão dos sujeitos no grupo não clínico, os dois primeiros critérios foram os mesmos, acompanhados de ausência de diagnóstico psicopatológico ou médico.

O número de 60 sujeitos para a composição da presente amostra tomou como referência investigações brasileiras de mestrado e doutorado com técnicas projetivas similares e principalmente trabalhos desenvolvidos com o teste Contos de Fadas pela própria autora do instrumento e outros pesquisadores (Coulacoglou, 1995; Coulacoglou, Souyouldjoglou & Atsaros, 2002; Coulacoglou, 2002a; Coulacoglou 2002b; Coulacoglou & Souyouldjoglou, 2005; Coulacoglou, 2008; Coulacoglou, 2008a; Coulacoglo & Kotsoni, 2008b; Coulacoglou, Souyouldjoglou & Atsaros, 2008c; Coulacoglou, 2008d), que organizaram seus estudos com amostras que oscilaram entre 25 e 85 indivíduos.

Instrumentos

Com a finalidade de caracterizar os participantes foi utilizada uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos. Nessa ficha foi possível registrar informações sobre: sexo, idade, escolaridade, composição do núcleo familiar, entre outros dados.

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, com uma duração média de 20 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 administrado está 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; o total de pontos é o escore obtido pelo sujeito. Esse escore é transformado em percentil através do uso de uma tabela

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

Para a amostra clínica e médico-clínica foi utilizado o CBCL, ou Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (Bordin, Mari & Caieiro, 1995). 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. Foi revisada por pessoa bilíngue, 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 adolescência. Tem sido utilizado internacionalmente, em pesquisas, havendo versões em cerca de trinta idiomas. Bordin e colegas (1995) apresentam dados satisfatórios de vários estudos sobre a sua fidedignidade e validade, e desenvolveram uma pesquisa em que foi comprovada a boa sensibilidade do instrumento (87%), de vez que conseguiu identificar 75% dos casos classificados como leves, em exame psiquiátrico, 95% dos moderados e 100% dos graves.

O Teste dos Contos de Fadas (TCF) foi utilizado para a identificação de conteúdos relativos aos Estados Emocionais (Medo de Agressão, Ansiedade e depressão). O TCF está em processo de adaptação para a realidade brasileira, seguindo as orientações do Conselho Federal de Psicologia (2003) através da Resolução nº 002/2003, que “define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos”.

O Teste dos Contos de Fadas (TCF) é um instrumento projetivo temático, organizado por Coulacoglou (2004), na Grécia. O teste destina-se, principalmente, a crianças com idades entre 6 e 12 anos. Composto por 21 cartões (agrupados em sete séries de três cartões), com imagens de cenas vinculadas a contos de fadas, o TCF se propõe a investigar a dinâmica da personalidade infantil, através da associação entre contos de fadas, processos inconscientes e desenvolvimento infantil (Coulacoglou, 2008).

Os cartões apresentam desenhos de personagens oriundos de contos de fadas popularmente conhecidos (*Chapeuzinho Vermelho, Lobo, Anão, Bruxa e Gigante*) e cenas de duas histórias infantis (*Chapeuzinho Vermelho, Branca de Neve e os Sete Anões*) (Ver Quadro 1). Cada personagem aparece em três versões: duas delas retratam os traços mais típicos e conhecidos desses personagens, que são divulgados nos livros e/ou filmes

infantis; a terceira versão é mais rara e pretende estimular o surgimento de respostas originais positivas ou negativas (Coulacoglou, 2004). Essas histórias, reconhecidamente, refletem temas como afeto, inveja, agressão e violência, oralidade, sexualidade, narcisismo, relacionamento mãe e filho, sentimentos edipianos, rejeição, morte, ressurreição e renascimento (Macedo & Werlang, 2008).

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

Série 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.

Diferentemente de outras técnicas temáticas, a proposta do TCF não é a de contar histórias, mas sim que sejam respondidas algumas perguntas, uma vez que os contos já existem, os personagens são conhecidos e fazem parte, de alguma maneira, da realidade diária das crianças (Coulacoglou, 2008). Durante a aplicação do teste, um conjunto de perguntas é realizado (ver Quadro 2), devendo-se também anotar 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 no formulário adequado (Coulacoglou, 1995/2000, 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	- O que cada uma pensa e sente? - Qual das três é a Chapeuzinho Vermelho do conto? Por quê? - Qual das três você comeria, se fosse o lobo? Por quê?
Lobos	- O que cada um pensa e sente? - Qual dos três lobos é o do conto Chapeuzinho Vermelho?

	<p>Por quê?</p> <p>- Qual dos três te dá mais medo? Por quê?</p>
Anões	<p>- O que cada um pensa e sente?</p> <p>- Qual dos três anões é o do conto da Branca de Neve? Por quê?</p> <p>- Qual dos três anões você gostaria que se casasse com a Branca de Neve? Por quê?</p>
Bruxas	<p>- O que cada uma pensa e sente?</p> <p>- Qual das três bruxas é a dos contos? Por quê?</p> <p>- Qual das três te dá mais medo? Por quê?</p> <p>- Qual é a bruxa mais malvada? Por quê?</p> <p>- O que pode fazer uma bruxa malvada?</p> <p>- Qual é o nome das bruxas?</p>
Gigantes	<p>- O que cada um pensa e sente?</p> <p>- Qual dos três é o gigante dos contos? Por quê?</p> <p>- Qual dos três te dá mais medo? Por quê?</p> <p>- Qual é o gigante mais malvado? Por quê?</p> <p>- O que pode fazer um gigante malvado?</p> <p>Qual é o nome dos gigantes?</p>
Série de cenas	Perguntas
Chapeuzinho Vermelho	<p>- Descreva cada desenho.</p> <p>- Com qual desenho termina o conto? Por quê?</p> <p>- Com qual desenho você gostaria que o conto terminasse? Por quê?</p>
Branca de Neve e os sete anões	<p>- Descreva cada desenho.</p> <p>- Com qual desenho termina o conto? Por quê?</p> <p>- Com qual desenho você gostaria que o conto terminasse? Por quê?</p>

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

As respostas dadas para cada cartão devem ser analisadas, levando-se em conta o seu conteúdo, em conexão com a temática que cada personagem e cena refletem. As crianças projetam, nas suas respostas, pensamentos, sentimentos ou conflitos. Cada série de cartões busca focar temas específicos, conforme o Quadro 3, abaixo.

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.

Estimulando os processos inconscientes e explorando sentimentos e atitudes, o TCF avalia 30 dimensões da personalidade infantil, que são consideradas variáveis a serem pontuadas a partir das respostas da criança ao teste. Essas variáveis estão alocadas em cinco grupos. Um deles se dedica aos Estados Emocionais (Medo de Agressão, Ansiedade e Depressão) e será explorado neste estudo. Os outros grupos são: Desejos e Necessidades (Desejos por coisas materiais, Desejo de Superioridade, Desejo de Ajudar, Necessidades Orais, Necessidades de Afiliação, Necessidades de Aprovação, Necessidade de Afeto, Necessidade de Proteção); Impulsos (Preocupação Sexual, Respostas Bizaras, Agressão Oral, Agressão tipo A, Agressão com Dominância, Agressão Instrumental, Agressão tipo B – Agressão como defesa, como Retaliação, por Inveja, por Ciúme); Relações Objetais (Relação com a Mãe e Relação com o Pai) e Funções do Eu (Ambivalência, Autoestima, Moralidade, Senso de Propriedade, Senso de Privacidade, Adaptação ao Conteúdo do Conto, Repetição). Cabe salientar que o TCF é um teste psicodinâmico e que as propostas

teóricas que o embasam são a Psicanálise, a Psicologia do Ego e a Teoria das Relações Objetivas (Coulacoglou, 2008).

Estas variáveis do Sistema de Categorização de Respostas devem ser pontuadas com base na sua intensidade (ver Quadro 4), numa escala de pontuação na qual as respostas verbalizadas são classificadas de 1 a 3, em que 1 significa baixa intensidade e 3 alta. As Respostas Bizarras são pontuadas como presentes ou ausentes (0 ou 1).

Quadro 4. Configuração das Variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do Teste dos Contos de Fadas/TCF para os componentes de personalidade: Impulsos e Estados Emocionais

Componentes da Personalidade	Variáveis	Intensidade das Variáveis
Estados Emocionais	1) Medo de Agressão (MA)	1, 2, 3
	2) Ansiedade (Ans) [Perda, Doença, Dano, Insegurança, Rejeição, Castigo, Desaprovação, Trabalho Duro, Autoimagem, Morte, Solidão, Preocupação com os outros, Reprovação, Privação, Indiferença,	1, 2, 3
	3) Depressão (D)	1, 2, 3

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

Coulacoglou (2008) define cada uma das variáveis que compõem os Estados Emocionais. Para a autora, o medo é a emoção primária invocada pelo perigo ou ameaça iminente. No TCF, o *Medo de Agressão* reflete o medo de um possível ataque, ameaça ou perigo que acontecem no presente (o perigo é imediato), e os conteúdos aparecem mais comumente em resposta a perguntas relativas à série de cartões da Chapeuzinho Vermelho, do Lobo, do Anão, da Bruxa e do Gigante. A pergunta "*Qual das(os) três Bruxas/Gigantes assusta mais você? Por quê?*" foi especificamente designada a estimular respostas que reflitam esta variável. As respostas comuns a essa pergunta se relacionam às características consideradas ameaçadoras pelas crianças. A autora salienta que, em muitos casos, a criança pode, em suas respostas, identificar-se diretamente com a vítima (Coulacoglou, 2004). No TCF, o medo é mais precisamente expresso como um medo direto de agressão ou agressão defensiva empregada contra esse medo.

A variável *Ansiedade*, no TCF, é expressa, segundo a autora, na forma de pensamentos sobre a iminência de perigos e eventos angustiantes. Ela se distingue do *Medo da Agressão*, porque o foco de tempo da ansiedade se orienta, geralmente, para o futuro (o perigo não está presente e, portanto, o risco não é imediato). A ansiedade também pode ser revelada como uma preocupação em relação ao sucesso, ou alcance de um objetivo, em geral no futuro, ou a preocupação em relação a capacidades próprias ou à opinião dos outros. Diferentes tipos de ansiedades foram observados nas respostas de crianças. Entre os tipos mais frequentemente encontrados estão a insegurança, privação (desamparo), punição, autoimagem, rejeição e danos (Coulacoglou, 2004). Também podem ser encontrados conteúdos relativos à morte, doença, trabalho pesado, desaprovação, preocupação com os outros e perdas (Coulacoglou, 2008). Além disso, sentimentos de ansiedade parecem estar alinhados com a necessidade de proteção e a padronização de propriedades psicométricas do TCF na Grécia, o que sugere que as crianças com forte senso de propriedade parecem experimentar mais frequentemente a ansiedade e o sentimento de insegurança (Coulacoglou, 2004).

O termo Depressão, segundo Coulacoglou (2004), se refere a um padrão de afetos e interações cognitivo-afetivas, e sua fenomenologia envolve emoções como a tristeza – a emoção-chave – a raiva, o desgosto, o desprezo, o medo, a culpa e a timidez. Os estados depressivos e as aproximações de um distúrbio depressivo podem surgir em diferentes idades e são considerados variáveis em função do desenvolvimento psicossocial, da experiência e das habilidades cognitivas e perceptuais. As respostas que refletem depressão no TCF são comumente expressas como os sentimentos de insatisfação, rejeição e solidão. Elas aparecem, mais comumente, em respostas aos cartões de Anão e na série de Cenas de Chapeuzinho Vermelho.

O TCF foi administrado individualmente, em um só encontro de, aproximadamente, 45 minutos. Antes da administração, o examinador verificou a familiaridade da criança com os contos de fadas presentes no teste. É fundamental que a criança que está sendo avaliada conheça os contos, principalmente as histórias de *Chapeuzinho Vermelho* e de *Branca de Neve e os Sete Anões*. Além disso, a criança precisa conhecer mais alguma história de gigantes, como, por exemplo, *João e o pé de feijão* ou *O Pequeno Polegar*. Caso a criança não tenha a familiaridade necessária com os contos, aconselha-se remarcar a administração do teste para o prazo de uma semana ou mais. É possível ao examinador escolher entre ler ou indicar a leitura das histórias para a criança (Coulacoglou, 2008).

Procedimentos para a coleta e análise dos dados

Para o desenvolvimento deste estudo e composição da amostra da população geral, foram realizados contatos com instituições escolares públicas de Porto Alegre que possuem alunos com idades entre 6 e 11 anos, para obter a autorização necessária para a testagem das crianças. Previamente, foi encaminhada uma carta aos pais e/ou responsáveis dos alunos (Anexo B), acompanhada da Ficha de Dados Pessoais Sociodemográficos (Anexo A) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), com o objetivo de explicar a natureza e relevância do trabalho desenvolvido, bem como obter (dos pais e/ou responsáveis) autorização de participação da criança. De posse do consentimento de participação e da ficha de dados sociodemográfica, procedeu-se à administração dos instrumentos, que foi realizada de forma individual, em um único encontro com duração de, aproximadamente, 50 minutos. Primeiramente foi administrado o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e, logo após, o Teste Contos de Fadas (TCF). Ressalta-se que, antes de iniciar aplicação do TCF, é imprescindível ter certeza de que a criança conhece os contos de fadas. Ao apresentar cada série, deve-se pôr ênfase no personagem em questão e realizar um conjunto de perguntas para obter a opinião das crianças.

Para a coleta de dados das crianças dos grupos clínico-psiquiátrico e médico-clínico, foram contatadas instituições de saúde e de proteção infantil que atendessem crianças com os transtornos e patologias anteriormente mencionados. Esclarecimentos e reuniões com os coordenadores e/ou chefias desses locais foram particularmente importantes e necessárias para se estabelecer um plano adequado para a operacionalização do estudo e testagem dos pacientes. As amostras clínica-psiquiátrica e médico-clínica foram coletadas nos ambulatórios de psiquiatria e psicologia do Hospital da Criança Conceição e do Instituto da Criança com Diabetes. Foram autorizados dois projetos que seguem em paralelo: este em nível de Mestrado, e outro, de Doutorado (Anexo I).

Diante da concordância da instituição hospitalar, os pais e/ou responsáveis dos pacientes foram comunicados a respeito do estudo pelo profissional responsável pelo atendimento, e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Autorização (Anexo D), a fim de encaminhar o nome de seu(sua) filho(a) aos pesquisadores responsáveis pelo estudo. Em seguida, foi realizado contato com os pais e/ou responsáveis a fim de marcar a entrevista para a administração do CBCL. Nessa entrevista, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F), responderam a Ficha de Dados Sociodemográficos (Anexo A) e receberam uma carta com o objetivo de explicar

detalhadamente a natureza e a relevância do trabalho que estava sendo desenvolvido (Anexo E). Posteriormente foram administrados os instrumentos com as crianças, tendo sido efetuado em apenas um encontro, sempre que possível. As crianças também assinaram um Termo de Assentimento em participar do estudo (Anexo G).

Todo o material verbalizado pelas crianças e registrado no protocolo próprio ao TCF foi primeiramente avaliado por três juízes (J1, J2 e J3), que realizaram avaliações independentes, com base no sistema de categorização de respostas.

Apresentação dos Resultados

A amostra deste estudo foi constituída por 60 crianças, com idades entre 6 e 11 anos ($M=9,18$; $DP=1,44$), alocadas em três grupos: clínico-psiquiátrico (crianças com diagnóstico de transtorno depressivo e transtorno de conduta), médico-clínico (crianças com diagnóstico de diabetes mellitus) e não clínico (sem diagnóstico, da população geral).

Os grupos que incluíram pacientes com patologias médico-clínica ou transtornos psiquiátricos foram compostos por 10 crianças cada um. A amostra não clínica (população geral) foi constituída por 30 crianças entre 6 e 11 anos. As características apresentadas pelos componentes dos grupos clínico e médico-clínico deram origem às características para a organização do grupo não clínico quanto à idade e ao sexo (ver Tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Distribuição em termos de média de idade dos participantes nos diferentes grupos clínicos (n=30)

		n	Média	Desvio Padrão
Grupo amostral	Diabetes	10	8,25	1,488
	Depressão	10	9,30	1,337
	Conduta	10	9,80	1,229
	Total	30	9,18	1,442

Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes por sexo nos diferentes grupos clínicos (n=30)

		Grupo			Total
		Diabetes	Depressão	Conduta	
Sexo	menina	<i>f</i> 5	3	-	8
		% 50,0%	30,0%	-	26,6%
	menino	<i>f</i> 5	7	10	22
		% 50,0%	70,0%	100,0%	73,4%

Em relação à série frequentada pelos participantes do estudo, verificou-se que estes encontravam-se entre a 1^a. e a 5^a. série do Ensino Fundamental, havendo a seguinte distribuição entre elas: 12,6% na 1^a. série, 21,55% na 2^a. série, 19,75% na 3^a. série, 26,87% na 4^a. série e 19,80 na 5^a. série. Esses dados justificam-se pelo fato de que constituía critério para inclusão no estudo ter idades entre 6 a 11 anos, faixa etária que, normalmente, corresponde a alunos do ensino fundamental. A distribuição dos participantes por série, nos diferentes grupos amostrais, pode ser encontrada na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes por série nos diferentes grupos amostrais (N=60)

		Grupo Amostral						Total
		Diabetes	Par. Diabetes	Depressão	Par. Depressão	Conduta	Par. conduta	
1a	<i>f</i> 2	2	2	2	1	-	-	7
serie	% 3,33%	3,33%	3,33%	3,33%	1,67%	-	-	11,66%
2a.	<i>f</i> 2	1	1	1	1	4	3	12
série	% 3,33%	1,67%	1,67%	1,67%	1,67%	6,67%	5%	20,01%
3a.	<i>f</i> 2	2	3	2	1	2	2	12
série	% 3,33%	3,33%	5%	3,30%	1,67%	3,33%	3,33%	19,99%
4a.	<i>f</i> 2	5	2	4	3	1	1	17
serie	% 3,33%	8,33%	3,33%	6,67%	5%	1,67%	1,67%	28,33%
5a.	<i>f</i> 2	-	2	2	2	4	4	12
serie	% 3,33%	-	3,33%	3,33%	3,33%	6,67%	6,67%	19,99%

Ainda, através da Ficha de Dados Sociodemográficos, foram identificados os dados a respeito do desempenho escolar dos participantes (Tabela 8). Cabe destacar que não

houve diferença com significância estatística entre os grupos clínicos e seus respectivos pareamentos neste critério, o que torna a amostra ainda mais confiável para comparações.

Tabela 8. Distribuição em termos de frequências e porcentagens dos participantes por desempenho nos diferentes grupos amostrais (N=60)

Desempenho		Grupo					
		Diabetes	Par Diabetes	Depressão	Par Depressão	Conduta	Par Conduta
Ótimo	<i>f</i>	2	6	2	2	1	6
	%	3,6%	10,71%	3,6%	3,6%	1,80%	10,71%
Bom	<i>f</i>	3	4	2	4	3	2
	%	5,35%	7,20%	3,6%	7,20%	5,35%	3,6%
Regular	<i>f</i>	2	-	5	3	4	1
	%	3,6%	-	8,92%	5,35%	7,20%	1,80%
Ruim	<i>f</i>	1	-	1	-	2	-
	%	1,80%	-	1,80%	-	3,6%	-
<i>p</i>		0,161		0,711		0,08	

Obs.: p < 0,05

Outro dado relevante sobre a amostra diz respeito às queixas escolares. Houve diferença significativa na presença/ausência de queixas escolares registradas na Ficha de Dados Sociodemográficos. Enquanto que os participantes do grupo do diabetes quase não apresentaram queixas (ver Tabela 9), aqueles que faziam parte dos outros dois grupos tiveram altas porcentagens. A ficha de Dados Sociodemográficos sozinha não esclarece se os participantes portadores de diabetes realmente são melhores alunos, ou se apenas não são vistos como “alunos-problemas” pelos seus professores. Uma vez que os participantes do grupo do diabetes não apresentaram desempenho escolar diferenciadamente melhor do que os representantes dos demais grupos, considera-se também a hipótese de que aqueles tenham maior capacidade de despertar empatia em seus professores, em função do seu quadro de enfermidade orgânica. Sabe-se que tanto o transtorno depressivo quanto o transtorno de conduta é, muitas vezes, mal avaliado pelos gestores de turma.

Outra hipótese possível de ser formulada é a de que os sinais e sintomas mais visíveis e evidentes na vida escolar dos participantes com diabetes mellitus são, realmente, menos comprometedores da rotina escolar. Nesse sentido, crianças com transtorno depressivo e de conduta podem se tornar de manejo mais difícil para professores. Esses

dados serão retomados na discussão a respeito de dados levantados no Teste dos Contos de Fadas.

Tabela 9. Distribuição em termos de frequências e porcentagens da presença de queixas escolares por parte dos professores dos participantes nos grupos clínicos (n=30)

			Grupo			<i>p</i>
			Diabetes	Depressão	Conduta	
Queixas dos Professores	Não	<i>f</i> %	9 87,5%	2 20,0%	1 10,0%	0,003
	Sim	<i>f</i> %	1 12,5%	8 80,0%	9 90,0%	

Obs.: p < 0,05

Na avaliação do Teste do Contos de Fadas, verificou-se a presença das variáveis relativas aos Estados Emocionais nos conteúdos das respostas das crianças dos diferentes grupos amostrais.

Na comparação em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo de crianças com diagnóstico de Diabetes Mellitus e seu pareamento duas variáveis apresentaram diferenças significativas: *Ansiedade/Doença* e *Ansiedade/Castigo* (Tabela 10). A variável *Ansiedade/Doença* apresentou expressiva associação significativa ($p=0,006$), porém a variável *Ansiedade/Castigo* embora também tenha apresentado significância estatística ($p=0,31$), sua relação foi inversamente proporcional, tendo aparecido com muita expressão no grupo de pareamento e não tendo pontuado no grupo clínico em questão.

Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo de Diabetes Mellitus e seu pareamento (n=20)

Variáveis de Estados Emocionais	Diabetes		Par Diabetes		<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Ansiedade/Perda	1	0,2%	7	0,7%	0,312
Ansiedade/Doença	21	4,7%	7	1,6%	0,006

Ansiedade/Dano	9	2,0%	6	1,3%	0,302
Ansiedade/Insegurança	11	2,4%	13	2,9%	0,418
Ansiedade/Rejeição	7	1,6%	4	0,9%	0,273
Ansiedade/Preocupação com os outros	2	0,4%	2	0,4%	0,688
Ansiedade/Reparação	-	-	1	0,2%	0,500
Ansiedade/Autoimagem	12	2,7%	19	4,2%	0,136
Ansiedade/Morte	1	0,2%	-	-	0,500
Ansiedade/Solidão	1	0,2%	1	0,2%	0,750
Ansiedade/Castigo	-	-	5	1,1%	0,031
Ansiedade/Indiferença	-	-	-	-	-
Ansiedade/Incapacidade	4	0,9%	2	0,4%	0,343
Ansiedade/Privação	7	1,6%	6	1,3%	0,500
Ansiedade/Trabalho Duro	-	-	-	-	-
Ansiedade/Desaprovação	-	-	1	0,2%	0,500
Ansiedade/Proteção	-	-	-	-	-
Depressão	27	6,0%	31	6,9%	0,342
Medo de Agressão	26	5,8%	19	4,2%	0,179

Obs.: $p < 0,05$

A distribuição de frequências e porcentagens das variáveis para o grupo de participantes com Transtorno Depressivo delineou-se de forma diferente em relação ao grupo de crianças com Diabetes (ver Tabela 11). Três variáveis apontaram diferenças significativas em relação ao grupo de pareamento: *Ansiedade/Doença*, *Ansiedade/Rejeição* e *Ansiedade/Privação*. As duas primeiras apresentaram uma correlação positiva, tendo sido mais frequentes no grupo clínico ($p=0,031$ e $p=0,035$), enquanto que a última foi muito mais frequente no grupo de pareamento e a diferença apresentou uma alta correlação associativa ($p=0,010$).

Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo do Transtorno Depressivo e seu pareamento ($n=20$)

Variáveis de Estados Emocionais	Depressão		Par Depressão		<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Ansiedade/Perda	-	-	3	0,7%	0,125
Ansiedade/Doença	5	1,1%	-	-	0,031
Ansiedade/Dano	3	0,7%	4	0,9%	0,500
Ansiedade/Insegurança	9	2,0%	18	4,0%	0,058

Ansiedade/Rejeição	7	1,6%	1	0,2%	0,035
Ansiedade/Preocupação com os outros	1	0,2%	4	0,9%	0,187
Ansiedade/Reparação	-	-	4	0,9%	0,062
Ansiedade/Autoimagem	9	2,0%	11	2,4%	0,411
Ansiedade/Morte	1	0,2%	-	-	0,500
Ansiedade/Solidão	2	0,4%	2	0,4%	0,688
Ansiedade/Castigo	-	-	1	0,2%	0,500
Ansiedade/Indiferença	-	-	1	0,2%	0,500
Ansiedade/Incapacidade	1	0,2%	4	0,9%	0,187
Ansiedade/Privação	1	0,2%	9	2,0%	0,010
Ansiedade/Trabalho Duro	-	-	2	0,4%	0,250
Ansiedade/Desaprovação	-	-	-	-	-
Ansiedade/Proteção	-	-	-	-	-
Depressão	22	4,9%	19	4,2%	0,375
Medo de Agressão	16	3,6%	16	3,6%	0,571

Obs.: $p < 0,05$

Quanto ao grupo relativo à distribuição em termo das frequências e porcentagens das variáveis dos Estados Emocionais presentes no conteúdo das respostas dos participantes do grupo do Transtorno de Conduta e seu pareamento (Tabela 12) é necessário ressaltar que as duas variáveis que apresentaram diferenças com associação significativa, *Ansiedade/Perda* ($p=0,015$) e *Ansiedade/Autoimagem* ($p=0,002$), obtiveram esta diferença em direção ao grupo de pareamento. Isso significa que estas variáveis apareceram com maior frequência no grupo composto pela população geral do que no grupo clínico em questão. Aliás, ao se tratar da variável *Ansiedade/Perda* neste grupo, tampouco houve registro de sua presença nas respostas ao TCF.

Tabela 12. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo do Transtorno de Conduta e seu pareamento ($n=20$)

Variáveis de Estados Emocionais	Conduta		Par Conduta		<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Ansiedade/Perda	-	-	6	1,3%	0,015
Ansiedade/Doença	5	1,1%	3	0,7%	0,363
Ansiedade/Dano	6	1,3%	10	2,2%	0,225
Ansiedade/Insegurança	12	2,7%	16	3,6%	0,283
Ansiedade/Rejeição	4	0,9%	3	0,7%	0,500

Ansiedade/Preocupação com os outros	2	0,4%	3	0,7%	0,500
Ansiedade/Reparação	-	-	2	0,4%	0,250
Ansiedade/Autoimagem	6	1,3%	22	4,9%	0,002
Ansiedade/Morte	2	0,4%	2	0,4%	0,688
Ansiedade/Solidão	3	0,7%	1	0,2%	0,312
Ansiedade/Castigo	1	0,2%	5	1,1%	0,109
Ansiedade/Indiferença	-	-	1	0,2%	0,500
Ansiedade/Incapacidade	4	0,9%	7	1,6%	0,273
Ansiedade/Privação	4	0,9%	11	2,4%	0,058
Ansiedade/Trabalho Duro	1	0,2%	2	0,4%	0,500
Ansiedade/Desaprovação	-	-	-	-	-
Ansiedade/Proteção	-	-	-	-	-
Depressão	27	6,0%	23	5,1%	0,331
Medo de Agressão	18	4,0%	16	3,6%	0,431

Obs.: $p < 0,05$

Ao se comparar as diferenças e semelhanças nas respostas com conteúdos relativos aos Estados Emocionais conforme o grupo amostral ao qual pertence a criança, verificou-se uma associação altamente significativa apenas na avaliação da variável *Ansiedade/Doença* ($p=0,001$), segundo a Tabela 13.

Tabela 13. Distribuição em termos de frequência e porcentagens da variável *Ansiedade/Doença* presente nas séries de cartões do TCF, nos diferentes grupos clínicos ($n=30$)

Série de Cartões		Grupo Clínico		
		Diabetes	Depressão	Conduta
Chapeuzinho Vermelho	<i>f</i>	4	1	-
	%	8,0%	2,0%	-
Lobo	<i>f</i>	4	3	2
	%	8,0%	6,0%	4,0%
Anão	<i>f</i>	3	-	2
	%	6,0%	-	4,0%
Bruxa	<i>f</i>	4	-	-
	%	4,0%	-	-
Gigante	<i>f</i>	4	1	1
	%	4,0%	1,0%	1,0%
Cenas da CV	<i>f</i>	1	-	-
	%	2,0%	-	-
Cenas da BN	<i>f</i>	1	-	-
	%	2,0%	-	-

Cabe ressaltar que a pontuação da variável *Ansiedade/Doença nos grupos de crianças de Transtorno Depressivo e Transtorno de Conduta* apareceu não apenas em menor escala, mas qualitativamente diferente. As crianças do grupo da Depressão apresentaram pontuações principalmente na série de cartões relativa ao lobo e pontuações nas séries da Chapeuzinho Vermelho e Gigante. As pontuações para esta variável nas respostas das crianças do grupo com Transtorno de Conduta apareceram nas séries de cartões dos personagens lobo, anões e gigantes. Entretanto, o grupo de crianças com Diabetes pontuou essa variável significativamente mais, e em todas as séries de cartões.

Além disso, foram avaliados conteúdos relativos aos Estados Emocionais frente às temáticas e conflitos presentes na série de cartões do TCF, nas crianças com diagnóstico de Depressão, Transtorno de Conduta, Diabetes Mellitus e em seus respectivos grupos de pareamento. Ao tratar-se do grupo do Diabetes, cabe salientar que a variável *Ansiedade/Doença* demonstrou uma diferença estatística significativa. Percebe-se que as crianças do respectivo grupo de pareamento pontuaram essa variável em quatro das sete séries de cartões (Chapeuzinho Vermelho, Anões, Bruxa e Gigante), sendo que, em duas delas (Bruxa e Gigante), a variável apareceu apenas uma vez. No entanto, os participantes do grupo com diagnóstico de Diabetes apresentaram conteúdos relativos a esta variável em todas as sete séries de cartões e de forma expressiva (ver Tabela 14.). A variável *Ansiedade/Castigo* também apresentou uma diferença estatística significativa, porém inversa. Houve um número expressivo de frequências desta variável no grupo de pareamento, na série das cenas do conto da Chapeuzinho Vermelho. Esta variável reflete uma das temáticas importantes desta série de cartões. Porém nenhuma pontuação foi marcada para esta variável no grupo relativo ao Diabetes, em nenhuma das séries, inclusive nesta.

Tabela 14. Distribuição de frequências e porcentagens da variável *Ansiedade/Doença* nos cartões do TCF, no grupo do Diabetes e seu pareamento (n=20)

Série de Cartões		Grupo	
		Diabetes	Par Diabetes
Chapeuzinho Vermelho	<i>f</i>	4	2
	%	8,0%	4,0%
Lobo	<i>f</i>	4	-
	%	8,0%	-
Anão	<i>f</i>	3	2
	%	6,0%	4,0%

Bruxa	<i>f</i> %	4 4,0%	2 1,0%
Gigante	<i>f</i> %	4 4,0%	1 1,0%
Cenas CV	<i>f</i> %	1 2,0%	- -
Cenas BN	<i>f</i> %	1 2,0%	- -

No comparativo do grupo Depressão com seu pareamento, três das variáveis apresentaram diferenças com representação estatisticamente significativa: *Ansiedade/Doença*, *Ansiedade/Rejeição* e *Ansiedade/Privação*. Percebe-se que as séries de cartões em que a variável *Ansiedade/Doença* aparecem, para o grupo de participantes com diagnóstico dizem respeito aos personagens Chapeuzinho Vermelho, Lobo e Gigantes. No grupo de pareamento essa variável não foi pontuada (ver Tabela 15). A variável *Ansiedade/Rejeição* para o grupo de Depressão apresenta frequência nas séries de cartões dos personagens Chapeuzinho Vermelho, Anões, Gigantes e na série das cenas da história da Chapeuzinho Vermelho. Em oposição, o grupo pareamento só apresentou essa variável uma vez na série de cartões de anões (ver Tabela 16).

Tabela 15. Distribuição de frequências e porcentagens da variável *Ansiedade/Doença* nos cartões do TCF, no grupo transtorno depressivo e seu pareamento (n=20)

Série de Cartões		Grupo	
		Depressão	Par Depressão
Chapeuzinho Vermelho	<i>f</i>	1	-
	%	2,0%	-
Lobo	<i>f</i>	3	-
	%	6,0%	-
Gigante	<i>f</i>	1	-
	%	1,0%	-

Tabela 16. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Rejeição nos cartões do TCF, no grupo transtorno depressivo e seu pareamento (n=20)

Série de Cartões		Grupos	
		Depressão	Par Depressão
Chapeuzinho Vermelho	<i>f</i>	1	-
	%	2,0%	-
Anões	<i>f</i>	3	1
	%	6,0%	2,0%
Gigantes	<i>f</i>	2	-
	%	2,0%	-
Cenas da CV	<i>f</i>	1	-
	%	2,0%	-

Além dessas duas variáveis anteriores, cabe também apresentar a distribuição das frequências e porcentagens por intensidade da variável *Ansiedade/Privação* nos diferentes cartões do TCF, a partir das respostas das crianças. Entretanto, neste grupo, a maior frequência aconteceu relativamente às crianças do grupo do pareamento. Esse grupo apresentou pontuações nas séries de cartões dos personagens Lobo e Gigante. Contrapondo-se, a única pontuação marcada para o grupo da depressão foi apresentada na série de cartões da personagem Chapeuzinho Vermelho (ver Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição de frequências e porcentagens da variável Ansiedade/Privação nos cartões do TCF, no grupo de transtorno depressivo e seu pareamento (n=20)

Série de Cartões		Grupo	
		Depressão	Par Depressão
Chapeuzinho Vermelho	<i>f</i>	1	-
	%	2,0%	-
Lobo	<i>f</i>	-	8
	%	-	12,0%
Gigante	<i>f</i>	-	3
	%	-	3,0%

Diferentemente dos demais grupos clínicos, o grupo do Transtorno de Conduta não apresentou nenhuma diferença significativa de seu grupo de pareamento. Este grupo apresentou apenas diferenças com associação significativa ($p < 0,05$) de forma inversa, ou seja, as variáveis foram pontuadas no respectivo grupo de pareamento e sequer apareceram nas respostas das crianças clínicas. As duas variáveis em questão são: *Ansiedade/Perda* e *Ansiedade/Autoimagem* (Ver Tabelas 18 e 19).

Tabela 18. Distribuição de frequências e porcentagens da variável *Ansiedade/Perda* no grupo do Transtorno da Conduta e seu pareamento (n=20)

Série de Cartões		Conduta	Par conduta
Anões	<i>f</i>	-	4
	%	-	8,0%
Cenas CV	<i>f</i>	-	2
	%	-	4,0%

Tabela 19. Distribuição de frequências e porcentagens da variável *Ansiedade/Autoimagem* nos cartões no TCF, no grupo transtorno de Conduta e seu pareamento (n=20)

Série de Cartões		Grupo	
		Conduta	Par conduta
Chapeuzinho Vermelho	<i>f</i>	-	2
	%	-	4,0%
Anões	<i>f</i>	1	6
	%	2,0%	12,0%
Bruxa	<i>f</i>	2	6
	%	2,0%	6,0%
Gigante	<i>f</i>	3	8
	%	3,0%	8,0%

Discussão dos Resultados

O presente estudo está inserido no projeto “Adaptação Brasileira dos Testes dos Contos de Fadas”, que possui como principal objetivo criar subsídios para a adaptação do TCF à realidade brasileira. O TCF foi desenvolvido com a finalidade de disponibilizar um instrumento projetivo temático que seja competente para avaliar as diferentes dimensões da personalidade infantil.

Configurando-se como uma nova forma de acesso à dinâmica intrapsíquica infantil através da fantasia e da narrativa estruturada dos contos de fadas, o teste baseia-se na premissa de que os personagens e eventos das histórias infantis fornecem uma gama diferente de possibilidades para que a criança projete seus sentimentos, conflitos e desejos e, portanto, o enquadramento através do qual a dinâmica de sua estrutura de personalidade possa ser visualizada (Coulacoglou, 2008).

O TCF avalia 30 dimensões da personalidade infantil, alocadas em cinco grupos: Desejos e Necessidades, Impulsos, Relações Objetais, Funções do Eu e o que se dedica à avaliação dos Estados Emocionais. Este é formado pelas variáveis *Medo de Agressão*, *Ansiedade* e *Depressão*. Considera-se relevante o estudo dos estados emocionais das crianças cronicamente doentes (seja essa enfermidade física ou psíquica), tendo em vista ser a infância uma etapa fundamental do ciclo vital, com tarefas desenvolvimentais importantes e que pode sofrer prejuízo diante de um cenário de adoecimento. Na infância, desde a mais tenra idade, se inicia a construção da estrutura de personalidade individual e será desta estrutura que dependerão os recursos psíquicos de enfrentamento e de adaptação às mudanças e às perdas que irão acontecer durante a vida. As crianças cronicamente doentes, como no caso do diabetes, por exemplo, vivenciam precocemente essas mudanças e perdas profundas (Marcelino & Carvalho, 2005). Muitas vezes as crianças enfermas não possuem o instrumental psíquico necessário para vivenciar o adoecimento, sem que este deixe marcas indelévels em seu funcionamento.

O padecimento crônico suscita profundas transformações no mundo infantil devido a seu andamento demorado, sua progressão, a necessidade de tratamentos prolongados e pelo seu impacto na capacidade funcional da criança (Wasserman, 1992; Heinzer, 1998). Trata-se de uma situação de crise psicológica para criança e sua família, impondo mudanças no estilo de vida, e provocando limitações, angústias, conflitos e tristezas (Moreira & Dupas, 2006).

A depressão infantil tem recebido destaque no campo científico, uma vez que, até os anos de 1960, não se acreditava na possibilidade de sua existência. De forma semelhante ao seu correlato em adultos, seus sintomas causam prejuízos em diferentes áreas da vida infantil, os quais certamente ocasionam consequências negativas para o seu desenvolvimento. Graves comprometimentos nas relações familiares e alterações psicossociais e emocionais podem estar presentes na dinâmica da criança com sintomas depressivos (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Embora o transtorno depressivo seja muito prevalente na infância, é o transtorno de conduta um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil. A elevação de sua incidência é um fator inquietante para os profissionais da saúde (Bordin & Offord, 2000). Os transtornos de conduta costumam estar relacionados a comportamentos agressivos. Entretanto, é também preocupante, nessa patologia, que este tipo de sofrimento psíquico tende a persistir na idade adulta (Barros & Silva, 2006).

A amostra de participantes está de acordo com a literatura. Para o grupo de crianças com diagnóstico de diabetes, a amostra é composta de cinco meninos e cinco meninas, uma vez que a prevalência dessa doença é independente do sexo (Brasil – Ministério da Saúde, 2006). Entretanto, dentre os casos encaminhados para a participação neste estudo e que obtiveram diagnóstico de transtorno depressivo pela CBCL, ou Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (Bordin, Mari & Caieiro, 1995), houve uma prevalência de crianças do sexo masculino, sendo sete meninos e três meninas. Em termos epidemiológicos, a literatura atual defende que, embora nos adultos a depressão seja mais prevalente entre as mulheres, entre as crianças não há diferença significativa entre os sexos (Lima, 2004).

No que se refere ao transtorno de conduta, a literatura também confirma o que foi encontrado nos casos encaminhados para este estudo. O transtorno da conduta é mais frequente no sexo masculino, independente da idade, e mais frequente em crianças maiores comparadas às menores, independente do sexo (Bordin & Offord, 2000). Nesse sentido, percebe-se uma confirmação do achado demonstrado na Tabela 1, aonde o grupo com transtorno de conduta apresentou a maior média de idade em relação aos outros dois grupos.

Na comparação entre a distribuição em termos de frequência e porcentagem das variáveis dos Estados Emocionais presentes no grupo do Diabetes Mellitus e seu pareamento (Tabela 10) houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo clínico de crianças com diagnóstico de diabetes e seu pareamento nas variáveis *Ansiedade/Doença*

($p = 0,006$) e *Ansiedade/Castigo* ($p = 0,031$). Entretanto, enquanto que a primeira demonstrou uma pontuação maior para crianças com diabetes (Diabetes = 21; Pareamento Diabetes = 7), a segunda relação procedeu-se de forma inversa (Diabetes = 0; Pareamento Diabetes = 5). Enquanto que o grupo de pareamento teve uma expressiva pontuação nas respostas ao TCF para a série de cartões das Cenas do Conto da Chapeuzinho Vermelho, no grupo clínico não foi pontuada nenhuma resposta (ver Tabela 14). No TCF, os cartões com cenas vinculadas ao Conto da Chapeuzinho Vermelho eliciam e possibilitam a projeção de conflitos relacionados à severidade do superego, imagem materna, conflito entre prazer e restrições morais, ansiedade de separação e depressão. Desse modo, essa série de cartões foi desenvolvida para permitir que temas e conflitos ligados a ansiedades sejam projetados, e *Ansiedade/Castigo* é um tema que pode ser encontrado com certa frequência (Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008).

A falta de pontuações para essa variável em todas as crianças do grupo clínico com diagnóstico de diabetes remete a questionar o quanto esse fato pode ser ocasionado pela vivência da doença. Muitas vezes, pais e cuidadores têm dificuldades em estabelecer os limites necessários aos comportamentos das crianças enfermas, o que pode interferir também no controle dos seus impulsos. Por ser a rotina da criança diabética cheia de situações de sofrimento, como injeções, restrições de dietas, internações hospitalares, etc., é frequente que pais e cuidadores tentem amenizar seu sofrimento sendo mais tolerantes em outras dimensões da vida infantil. Nesse contexto, a criança enferma acaba não desenvolvendo a noção da consequência de seus atos (Castro & Piccinini, 2002). Pesquisas indicam que o Diabetes tipo 1 é um fator de risco para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas em crianças e adolescentes (Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes [GEED], 2000). Não é de se surpreender que algumas das comorbidades mais frequentes ao diabetes tipo 1 sejam aquelas relacionadas às desordens de comportamento. Além disso, verificou-se também uma diferença significativa em relação ao número de queixas dos professores nas crianças com diabetes e nos demais grupos clínicos (Diabetes = 1; Depressão = 8; Conduta = 9). Esses dados remetem à discussão sobre se essas crianças realmente são melhores alunos, ou se seus professores são também mais tolerantes para com suas ações.

Em relação a doenças orgânicas, como o diabetes, tanto o transtorno depressivo como o transtorno de conduta são frequentemente vistos pela população como menos importantes. Esse fato não é diferente entre as crianças. Ao compararmos a variável *Ansiedade/Doença* nos diferentes grupos clínicos (Tabela 13), verificou-se uma frequência

de 21 pontos para o grupo de crianças com diagnóstico de diabetes, 5 pontos para o grupo com diagnóstico de transtorno depressivo e 5 pontos para o grupo com diagnóstico com transtorno de conduta. A expressividade pela qual ela aparece entre as crianças com diabetes ($p=0,006$) é altamente significativa. Deve-se levar em conta que o diabetes pode ser, em muitos casos, mais grave do que a depressão ou o transtorno de conduta, porém, no caso da amostra, todas as crianças encontravam-se em atendimento ambulatorial. Verificou-se que o grupo com transtorno depressivo apresentou diferença estatisticamente representativa ($p = 0,031$), enquanto que o grupo com transtorno de conduta sequer apresentou diferença. Esse fato induz a pensar-se que essas crianças sequer dão-se conta de que estão doentes. Seu sofrimento não é reconhecido como tal. Elas não têm o menor temor de que seu prognóstico possa ser agravado. Associado ao alto escore de queixas dos professores, relatadas na Ficha de Dados Sociodemográficos, fica a questão sobre se seus professores conseguem reconhecer que existe um sofrimento psíquico nestas crianças, ou se eles encaram o mau comportamento delas apenas como uma infância problema.

Na comparação da distribuição das frequências e porcentagens das variáveis dos Estados Emocionais verifica-se que o grupo de crianças com diagnóstico de transtorno depressivo apresentou diferenças significativas (Tabela 11), além da variável *Ansiedade/Doença* (Tabela 15), na pontuação da variável *Ansiedade/Rejeição* ($p = 0,035$) e *Ansiedade/Privação* (0,010). As crianças do grupo clínico pontuaram sete vezes a variável *Ansiedade/Rejeição* (Tabela 16), enquanto que as crianças do respectivo grupo de pareamento o fizeram apenas uma vez. No TCF, o foco de tempo da ansiedade se orienta para o futuro e é ela expressa na forma de pensamentos sobre a iminência de perigos e eventos angustiantes. A variável *Ansiedade/Rejeição* explicita, então, uma das modalidades de medo futuro da perda do amor (Coulacoglou, 1995, 2002a, 2002b, 2008). Uma das séries de cartões em que essa variável foi mais pontuada para o grupo da depressão, aparecendo três vezes, foi a série de cartões dos anões, que eliciam temas relacionados a possíveis perigos e inseguranças, necessidade afetivas, formas de lidar com o perigo e autoimagem. Nas classificações de doenças mentais, o Manual Estatístico para Doenças Mentais (DSM-IV) requer, para a definição de depressão maior, independentemente da idade, uma série de sinais e sintomas. Entre eles encontramos os sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva (Lima, 2004), o que vai ao encontro de outro dado obtido: outra série em que foram pontuadas as respostas a essa variável é a relativa ao personagem lobo, com duas pontuações, aonde um dos principais temas tratados têm relação com conflitos entre a liberação de impulsos agressivos e superego, e entre controlar ou liberar seus próprios impulsos. Desse modo, os achados remetem a pensar que as crianças com depressão

tendam a temer a rejeição futura em relação a questões afetivas, ou como uma forma de punição à liberação de seus impulsos e desejos.

A relação inversa da variável *Ansiedade/Privação* (Tabela 17) entre os grupos de crianças com transtorno depressivo e seu pareamento remete a questionamentos sobre que fatores influenciam nessa diferença. As crianças diagnosticadas com transtorno depressivo pontuaram essa variável apenas uma vez, enquanto que o respectivo grupo de pareamento apresentou pontuação para essa variável 11 vezes. Essa variável, segundo Coulacoglou (1995, 2002a, 2002b, 2008), tem a ver com a ameaça de desamparo. Uma explicação viável para esse achado baseia-se nos sintomas encontrados para essa enfermidade, que envolvem queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social, além de aparência triste, choro fácil, apatia, fadiga, isolamento e declínio do desempenho escolar, podendo chegar à recusa escolar, ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer (Castro & Piccinini, 2002; Bahls, 2002). Dessa forma, cabe pensar que a criança depressiva não expressa o receio futuro de desamparo porque o vivencia no presente. Porém, fica evidente que, se esta é uma variável que expressa temores futuros, o temor da criança depressiva é o de ser rejeitada e abandonada futuramente.

Comparando a distribuição das frequências e porcentagens das variáveis de Estados Emocionais presentes no grupo do Transtorno de Conduta e seu pareamento (Tabela 12) percebe-se a relação inversa estatisticamente significativa existente para as variáveis *Ansiedade/Perda* ($p = 0,015$) e *Ansiedade/Autoimagem* ($p = 0,015$). A variável *Ansiedade/Perda* (Tabela 18) foi pontuada seis vezes no grupo de pareamento, enquanto que sequer apareceu no grupo de crianças com diagnóstico de transtorno de conduta. A variável *Ansiedade/Autoimagem* (Tabela 19) foi pontuada seis vezes entre as crianças com transtorno de conduta, entretanto teve 22 pontuações nas respostas das crianças do pareamento para este grupo. Essas duas variáveis demonstram um dos fatores que se encontra na base desse transtorno, ou seja, uma tendência permanente em apresentar comportamentos desajustados. No entanto, seu comportamento apresenta maior impacto nos outros do que sobre si mesmas e sua persistência parece demonstrar uma incapacidade de aprender com as consequências negativas dos próprios atos (Bordin & Offord, 2000). Desse modo, as crianças com transtorno de conduta parecem não apresentar receio nem de perdas futuras nem em relação à sua autoimagem, como ficou demonstrado.

Considerações Finais

A avaliação dos estados emocionais em crianças cronicamente doentes é de extrema relevância, uma vez que estes interferem no prognóstico da enfermidade. Embora várias manifestações dos estados emocionais possam ser observadas diretamente, essa avaliação nem sempre é possível. Além disso, as dinâmicas intrapsíquicas vivenciadas pela criança nem sempre são óbvias. Um teste projetivo que contemple a possibilidade de avaliação das diferentes dimensões da personalidade infantil, e que seja capaz de avaliar a sutileza dos seus estados emocionais é de inegável valor clínico tanto para ações de prevenção quanto de intervenção. O Teste dos Contos de Fadas mostrou-se um instrumento útil na avaliação projetiva dos estados emocionais infantis, permitindo captar as diferentes nuances próprias a cada um dos grupos estudados, podendo ser considerado um instrumento que avalia com precisão aquilo que se propõe.

Além de permitir a identificação dos estados emocionais, o TCF permite uma ampla avaliação da personalidade infantil. E a integração das avaliações quantitativas e qualitativas fornecem ao profissional subsídios para um entendimento da dinâmica intrapsíquica infantil. Um teste que utiliza contos de fadas é um canal importante de acesso à personalidade infantil, e o TCF, a partir dos conflitos e temas eliciados por cada série de cartões, possibilita esse acesso. O fato de trabalhar com contos de fadas torna também a aplicação mais lúdica, outro fator que, segundo a autora do TCF, contribui para a projeção dos conteúdos intrapsíquicos. Os personagens e a estrutura dos contos que é retratada no teste fornecem o distanciamento necessário para que a projeção seja favorecida e os processos inconscientes contemplados.

Adaptar esse instrumento para a realidade brasileira significa levar em conta os aspectos singulares dessa cultura, respeitando os efeitos relevantes da internalização dos valores, padrões morais e culturais no processo de estruturação do psiquismo.

A partir do uso do TCF, foi possível identificar que as crianças dos diferentes grupos clínicos apresentaram diferentes respostas em relação à variável “ansiedade”, própria a cada diagnóstico. Essas diferenças apresentadas no que diz respeito aos estados emocionais demonstraram estar de acordo com os achados da literatura, o que mostra o quanto o TCF realmente avalia aquilo que se propõe, inclusive no que diz respeito a estudos clínicos. A relevância desses achados confirma que o TCF é uma ferramenta eficaz para este fim, podendo ser utilizada na avaliação de pacientes com doenças orgânicas, com o objetivo de prevenir e subsidiar intervenções precoces.

Acredita-se, portanto, que contribuições oriundas deste estudo serão agregadas ao processo de adaptação desse instrumento no Brasil. E evidencia-se que estudos delineados como este, tendo como foco as variáveis e diferentes grupos amostrais, poderão contribuir para certificar o TCF como técnica projetiva eficaz na avaliação da personalidade infantil.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the child behavior check-list / 4-18*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry
- 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.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78, (5): 359-366.
- Barros, P. e Silva, F. B. N. (2006) Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, 2, (1), 55-66.
- Bennet, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(2), 149-169.
- Bettelheim, B. (2001). *A psicanálise dos contos de fadas*. São Paulo: Paz e Terra.
- 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), 55-56.
- Bordin, I. A. S & Offord, D. R. (2000) Transtorno da Conduta e Comportamento Anti-Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22, (supl. II), 12-15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, (2006). 64 p. il. – (*Cadernos de Atenção Básica, n. 16*) (*Série A. Normas e Manuais Técnicos*) Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2009.
- Burke, P. & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40(1), 243-249.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3): 625-635.

- Conselho Federal de Psicologia (2003). Resolução nº 002/2003. Publicada no. DOU, Seção I, de 26 de março de **2003**.
- 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.
- Coulacoglou, C., Souyouldjoglou, M., & Atsaros, A. (2002). Un estudio de la agresividad em los niños mediante el “Test de los Cuentos de Hadas”. *Revista Oficial de Las Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13 (1), 9-27.
- 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*. Athens: Paparazisis.
- Coulacoglou, C. & Souyouldjoglou, M. (2005). The Fairy Tale Projective Test as a means to examine psychoanalytic interpretations of fairy tales. *Psychopathology and Projective Tests*. 2 (3-4), 173-189.
- Coulacoglou, C. (2004). *The Fairy Tale Test*. Manuscrito disponibilizado pela autora em Março de 2006. (Obra não publicada).
- Coulacoglou, C. (2008). *Exploring the Child's Personality: developmental, clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test*. Springfield: Thomas Books.
- Coulacoglou, C. (2008a). Fairy Tales as a building blocks: the development of the fairy tale test. In: C. Coulacoglou (Org.). *Exploring the child's personality developmental – Clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale* (pp. 29-46). Springfield: Charles C. Thomas Publisher LTD.
- Coulacoglou, C., & Kotsoni, E. (2008b). The Application of the Fairy Tale Test in Greece. In: C. Coulacoglou (Org.). *Exploring the child's personality developmental – Clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale* (pp. 243-263). Springfield: Charles C. Thomas Publisher LTD.
- Coulacoglou, C., Souyouldjoglou, M., & Atsaros, A (2008c). A study of aggression in children through the fairy tale test. In: C. Coulacoglou (Org.). *Exploring the child's personality developmental – Clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale* (pp. 63-47). Springfield: Charles C. Thomas Publisher LTD.

- Coulacoglou, C. (2008d). The Development and Cross-Cultural Significance of Defense Mechanism. In: C. Coulacoglou (org). *Exploring the child's personality developmental – Clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test*. EUA: Charles C. Thomas Publisher.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, F. (2009). Sintomas da depressão infantil e ambiente familiar. *Pesquisa em Psicologia*, 3 (1), 87-100
- Ferenczi, S. (1918-2006). La psicologia del conto. *Obras Completas: Tomo I*. Espanha RBA: Coleccionables S.A.
- Gendelman, N., Snell-Bergeon, J. K., McFann, K., Kinney, G., Wadwa, R. P., Bishop, F., Rewers, M., Maahs, D. M. (2009) Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 32: 575-579
- Heinzer, M. M. (1998). Health promotion during childhood chronic illness A paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*, 12(2), 8-16.
- Hutteman, R., Denissen, J. J. A., Asendorpf, J. B. & Van Aken, A. G. (2009) Changing dynamics in problematic personality: A multiwave longitudinal study of the relationship between shyness and aggressiveness from childhood to early adulthood. *Development and Psychopathology*, 21, 1083-1094.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 11-20.
- Macedo, M.M.K., & Werlang, B.S.G. (2008). O teste dos contos de fadas. In Villemor-Amaral, A.E., & Werlang, B.S.G. *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica. (Org.)*. (pp. 183-192). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Marcelino, D. , & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo I e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 18(1), 72-77.
- Moreira, P. L., & Dupas, G. (2006). Vivendo com diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14 (1): 25-32.
- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 39(1), 29-46.
- Wasserman, M. D. A. (1992). Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In B. Garfinkel, G. Carlson, & E. Weller (Orgs.), M. C. M. Goulart (Trad.), *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência* (pp. 408-416). Porto Alegre: Artes Médicas

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Os estudos sobre as situações de adoecimento crônico na infância, seja ele físico ou psíquico referem o quanto essa vivência pode configurar-se como uma crise de difícil enfrentamento tanto para a criança, quanto para a sua família. Esses estudos confirmam que a criança portadora de algum tipo de padecimento crônico pode ter seu desenvolvimento físico e psíquico afetados pela enfermidade e também pelo tratamento. Uma vez que a concepção infantil a respeito da sua doença influencia sua forma de reação emocional, sua experiência de dor e desconforto, sua aceitação de cuidados médicos e, inclusive, sua adesão e resposta ao tratamento, fica evidente que os estados emocionais interferem significativamente nessa relação.

Ao considerar o papel fundamental da infância como etapa do ciclo vital, aonde se iniciam os processos de estruturação psíquica e de construção de recursos internos para enfrentar as demandas da vida, é inegável que a criança que vivencia uma situação de padecimento crônico se coloca frente a frente com a imagem deficitária do seu corpo e, frequentemente, se vê incapaz de elaborar de forma satisfatória os ardores oriundos dessas adversidades. Se, durante a infância, a criança defronta-se com demandas psíquicas e conflitivas que deve enfrentar para chegar à adolescência, é através de seus recursos internos disponíveis que ela consegue elaborar as conflitivas próprias do ciclo vital. Assim, na ocorrência da complexização, em um aparelho psíquico em vias de constituição, podem não ser suficientes os recursos de que a criança dispõe.

As diferentes modalidades de padecimento crônico na infância são capazes de provocar manifestações clínicas importantes no funcionamento geral infantil, e tendem a prejudicar as interações e habilidades psicossociais. Entretanto, a psicanálise nos alerta que não há constituição psíquica a não ser a partir do encontro com o outro ser humano, e esta também fica prejudicada quando esses encontros não acontecem da forma esperada. Logo, aquilo que ocorre no corpo e no cotidiano infantil demanda trabalho ao seu psiquismo. Assim, a enfermidade deve ser pensada para além do diagnóstico clínico.

A doença crônica pode ser considerada, dessa forma, uma realidade factual que se impõe à realidade psíquica infantil, uma vez que sua vivência obriga a criança a confrontar-se com adversidades para as quais não está preparada. Sob uma condição de excesso com a qual não consegue lidar a partir de seus próprios recursos internos, produz-se a fratura na capacidade infantil de administrar sua economia psíquica. Nesse caso, seus

efeitos, que podem ser considerados como excessos traumáticos, e o destino de seu impacto na capacidade funcional da criança e em seu prognóstico dependerão, por um lado, das possibilidades subjetivas daquele que os vivencia e, por outro, da sustentação conferida pela rede sociocultural. Cabe ressaltar que os efeitos dessa vivência de padecimento não ficam restritos à infância. Ao se produzirem nessa etapa do desenvolvimento, deixam marcas por toda a vida.

A ampliação do entendimento do papel dos estados emocionais infantis permite refletir sobre intervenções que possam atuar como promotoras de saúde. Essas intervenções terão seus efeitos benéficos não apenas para essa etapa do desenvolvimento, mas também para as fases posteriores da vida. Quanto mais precoce, na vida do sujeito ou na história do adoecimento, for a identificação do sofrimento psíquico, maiores serão as chances de que a criança possa lançar mão de formas de enfrentamento dessas adversidades e criar estratégias e recursos de elaboração e metabolização das intensidades derivadas das situações de adoecimento.

Nessa direção, a avaliação psicológica de crianças em padecimento crônico mostra-se como um recurso de importante valor clínico para a prevenção e intervenção. Portanto, é fundamental ter-se disponível um instrumento de avaliação psicológica apto a identificar aspectos da dinâmica da personalidade, como os estados emocionais infantis. Nesse sentido, o TCF se mostra um instrumento que possibilita uma avaliação consistente da personalidade infantil, através da interpretação quantitativa e qualitativa das respostas dadas ao teste. A dinâmica do psiquismo infantil pode ser avaliada com precisão com base nas temáticas e conflitos eliciados pelo TCF. Desse modo, contar com um instrumento projetivo que contribui na identificação de aspectos indicativos de sofrimento psíquico possibilita, justamente, o desenvolvimento de ações não apenas de caráter terapêutico, mas também preventivo.

O TCF demonstrou seu valor para avaliar crianças em sofrimento físico e psíquico neste estudo. Estados emocionais próprios a cada diagnóstico trabalhado foram identificados com precisão, através dos dados oriundos das respostas das crianças dos diferentes grupos amostrais. Este estudo demonstra, então, o valor do TCF também para uso em populações e amostras de estudos a partir de grupos clínicos. As diferentes qualidades de variáveis que apareceram pontuadas para os diferentes diagnósticos vão ao encontro de que o TCF distingue com precisão os diferentes tipos de sofrimento psíquico infantil. Estes primeiros resultados são sólidos indícios de que poderão contribuir na interpretação dos protocolos que venham a integrar o processo de adaptação que está em andamento.

Assim sendo, esta dissertação possibilitou o estudo e a estruturação de um trabalho que permitiu resgatar posicionamentos teóricos sobre o padecimento crônico infantil, físico ou psíquico. Permitiu, ainda, operacionalizar a identificação das variáveis referentes aos estados emocionais infantis em crianças cronicamente doentes, colaborando com o projeto maior de adaptação para a realidade brasileira do Teste dos Contos de Fadas.

ANEXO A

FICHA DE DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS

Instituição: _____

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 (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 SimMédico e/ou Psicológico

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 B

Porto Alegre, _____ de _____ de 2009.

Senhores Pais ou Responsáveis,

Através desta, gostaríamos de lhes explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com crianças entre 6 e 12 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 pelas psicólogas Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo e Êrika Juchem Goelzer.

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 12 anos de idade.

Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa. Para isso é necessário que os pais ou responsáveis preencham uma Ficha de Dados Sociodemográficos 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) ou o Teste Matrizes Progressivas - Escala Geral (para os de 12 anos) para avaliar o nível de rendimento intelectual e o Teste dos Contos de Fadas – TCF. Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar (em dois encontros), com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em danos ao andamento normal das atividades curriculares. Em princípio, o maior incômodo a que seu filho 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 Sociodemográficos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, sejam enviados completamente preenchidos, através de seu filho, para a escola, em um prazo de dois dias. Após seu consentimento faremos contato telefônico para agendarmos uma entrevista com o objetivo de responder ao instrumento Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência CBCL. Uma cópia desta carta, bem como do Termo de Consentimento ficarão com você.

Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo
Psicóloga CRP 07/03039

Êrika Juchem Goelzer
Psicóloga CRP 07/14201

ANEXO C

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDANTES)

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho 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 “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise” coordenado pela Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo. Este estudo tem como principal objetivo investigar o tipo de respostas dadas ao Teste dos Contos de Fadas (TCF) por crianças entre 6 e 12 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 (1) encontro de aproximadamente 45 minutos, sob a coordenação das psicólogas responsáveis pelo estudo, Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo e Êrika Juchem Goelzer. 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 (51) 3320-3550 e/ou do e-mail monicakm@puers.br, da pesquisadora Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo. 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 por meu filho 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. Mônica Medeiros Kother Macedo	Data
_____	_____
Êrika Juchem Goelzer	Data

ANEXO D
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” coordenado pela Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Autorizo também, a me encaminhar uma carta, acompanhada de uma Ficha de Dados Sócio-demográficos e de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após os devidos esclarecimentos a respeito da pesquisa, fornecidos pelo material anteriormente mencionado, haverá de minha parte total liberdade para a aceitação ou recusa na participação de meu filho no referido estudo.

Pai/Mãe ou Responsável: _____

Terapeuta: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2009.

ANEXO E
CARTA AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS (PACIENTES)

Porto Alegre, _____ de _____ de 2009.

Senhores Pais ou Responsáveis,

Através desta, gostaríamos de lhe explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com crianças entre 6 e 12 anos do sexo masculino e feminino, que estejam inseridas (em instituições especializadas) num processo de avaliação (saúde física ou psicológica) ou de intervenção terapêutica. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, aqui representado pelas psicólogas Dra. Blanca Susana Guevara Werlang e Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo.

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 a este instrumento por crianças que se encontram em processo de avaliação psicológica ou em início de acompanhamento psicoterápico.

O instrumento TCF compreende 21 desenhos de personagens de contos de Fadas agrupados em sete series de três desenhos. 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) ou o Teste Matrizes Progressivas - Escala Geral (para os de 12 anos) para avaliar o nível de rendimento intelectual e o Teste dos Contos de Fadas – TCF. Os instrumentos serão aplicados dentro da instituição especializada (em um encontro), com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em prejuízo ao andamento normal do atendimento já iniciado. Em princípio, o maior incômodo a que seu filho e você estarão submetidos 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 quanto a identidade da criança; 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 Demográficos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo, sejam enviados completamente preenchidos, através de seu filho, para a instituição, em um prazo de dois dias. Após faremos contato telefônico para agendarmos uma entrevista com o objetivo de responder ao instrumento Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência CBCL. Uma cópia desta carta, bem como do Termo de Consentimento ficarão com você.

Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo
Psicóloga CRP 07/03039

Êrika Juchem Goelzer
Psicóloga CRP 07/14201

ANEXO F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES)

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho 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 “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise” coordenado pela Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo. Este estudo tem como principal objetivo verificar o tipo de respostas dadas ao Teste dos Contos de Fadas (TCF) por crianças entre 6 e 12 anos que se encontram em processo de avaliação psicológica ou em início de acompanhamento psicoterápico. Tal estudo prevê a participação de crianças com diagnósticos médico-clínico e psiquiátricos/psicológicos. 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 hospitalar, com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em prejuízo ao andamento normal do atendimento já iniciado. Será realizada em um (1) encontro de aproximadamente 45 minutos, sob a coordenação das psicólogas responsáveis pelo estudo, Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo e Êrika Juchem Goelzer. 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. 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 ao seu tratamento, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por meu filho 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. Mônica Medeiros Kother Macedo _____ Data

_____ Êrika Juchem Goelzer _____ Data

ANEXO G
TERMO DE ASSENTIMENTO (PACIENTES)

PESQUISA INTITULADA “ESTADOS EMOCIONAIS FRENTE A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE E AO DIABETES: ESTUDO COMPARATIVO ATRAVÉS DO TESTE DOS CONTOS DE FADAS”.

Eu, _____,
concordo em participar dessa pesquisa que pretende avaliar como crianças de 6 a 12 anos respondem a perguntas sobre os Testes dos Contos de Fadas da Chapeuzinho Vermelho, Branca de Neve e João e o Pé de Feijão. 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: _____

Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo: _____

ANEXO H
CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0662/07-CEP

Porto Alegre, 18 de junho de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03554, intitulado:
"Adaptação brasileira do teste dos contos de fadas (the fairy tale test)".

Sua investigação está autorizada a partir da
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser
entregues a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS



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

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO I

CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HNSC/GHC

	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. Av. Francisco Teles, 556 CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Fone: 3357 2000 CNPJ: 92.787.118/0001-20	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. Rua Domingos Rábbo, 20 CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS Fone: 3357 4100 CNPJ: 92.787.125/0001-76	HOSPITAL FEMINA S.A. Rua Mostardeiro, 17 CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS Fone: 3314.5500 CNPJ: 92.693.134/0001-53	
	Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90				

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEPHNSC – GHC**

RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 13 de maio de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, em 13 de maio de 2009, reavaliou o estudo apreciado em reunião ordinária de 29 de abril de 2009, referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 043/09

Título Projeto: Adaptação brasileira do teste dos contos de fadas (The Fairy Test).

Pesquisador(a): Vivian Roxo Borges

Orientador(a): Blanca Susana Guevara Werlang

PARECER:

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovado

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área do conhecimento: Projeto pertencente ao Grupo III. Área do conhecimento: Ciências Humanas – Psicologia - 7.07.

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os documentos onde consta a aprovação do CEP/GHC. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-Geral do CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC fone/fax: (51) 3357-2407 – e-mail: pesquisas-gep.@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378