

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA ESCOLAR E DO  
DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Instituto de Psicologia

HILDA ROSA CAPELÃO AVOGLIA

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:**

**A PERSPECTIVA SÓCIO-FAMILIAR NAS ESTRATÉGIAS  
COMPLEMENTARES À PRÁTICA CLÍNICA INFANTIL**

São Paulo

2006

HILDA ROSA CAPELÃO AVOGLIA

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:  
A PERSPECTIVA SÓCIO-FAMILIAR NAS ESTRATÉGIAS  
COMPLEMENTARES À PRÁTICA CLÍNICA INFANTIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de **Doutor em Psicologia**.

Área de concentração: **Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano**.

Orientadora: Profa. Dra. Eda Marconi Custódio

São Paulo

2006

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:  
A PERSPECTIVA SÓCIO-FAMILIAR NAS ESTRATÉGIAS  
COMPLEMENTARES À PRÁTICA CLÍNICA INFANTIL**

Hilda Rosa Capelão Avoglia

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Eda Marconi Custódio  
Orientadora

---

Professora Doutora Aidyl de Macedo Queiroz Peres-Ramos

---

Professora Doutora Audrey Setton Lopes de Souza

---

Professora Doutora Marília Martins Vizzotto

---

Professora Doutora Walquiria Fonseca Duarte

Tese defendida e aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2006.

Ao  
Ronaldo, meu marido  
e ao  
Bruno, nosso filho,  
um inexprimível sentimento de família.

**AGRADECIMENTOS**

*Profa. Dra. Eda Marconi Custódio:* “minha sempre” orientadora, ao meu lado desde os tempos da graduação, permitindo-me ir e vir, descobrir, mudar e refletir, com cumplicidade e dignidade, transmitindo humildade diante do conhecimento.

*Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto:* atenta, inquieta e inspiradora. Uma participação confiante e encorajadora, imprescindível na elaboração deste trabalho.

*Profa. Dra. Walquiria Fonseca Duarte:* uma interlocutora desafiante, que há tempos incentiva nossa produção, compartilhando seus questionamentos, idéias e compromisso com o estudo e com a ciência.

*Profa. Dra. Audrey Setton Lopez de Souza:* suas valiosas contribuições nas aulas, na produção científica, em especial, na fase de qualificação.

*Profa. Iraí Cristina Boccato Alves:* com admiração diante do empenho e da seriedade com que me ensina a defender a nossa ciência.

*Profa. Elaine Lima de Oliveira:* diretora do Curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo, agradeço a oportunidade de estarmos juntas, nestes tempos...

*Profa. Mariantonia Chippari:* coordenadora do Curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo, pelo respeito e compreensão em preservar meu tempo, poupando-me das tarefas acadêmicas.

*Profa. Sonia Marques:* sua colaboração e disponibilidade produzem desafios e dicas que vão aprimorando nosso texto.

*Profa. Dra. Dagmar Silva Pinto de Castro:* amiga e companheira de trabalho, partilhando momentos e construindo harmoniosamente nossa amizade.

*Profª. Dra. Luana Carramillo-Going*: sempre pronta, com energia e disposição para ajudar.

*Prof. Dr. José Tolentino Rosa*: agradeço a ajuda com os textos em inglês e francês.

*Douglas Oliveira Batista*: Assistente Social do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Atendimento em Psicologia, dividindo comigo as exigências da coordenação da Clínica-Escola, especialmente nesta fase de doutorado.

*Professores(as) Angélicai, Edu, Fraulein, Olímpia, Manuel, Miriam, Carla, Waldir, Tânia, Geralda, Adriana, Nanci, Valquiria, Maurício, Tolentino, Vera, Dalva*: além de colegas e amigos, grandes “torcedores”, que no dia-a-dia incentivaram a construção deste trabalho.

*Andréa, Cris, Simone, Miriam, Elenira, Miriã, Cleide e Marisa*: secretárias dedicadas, que indiretamente cuidam do meu trabalho na Clínica e no Curso de Psicologia da Metodista.

*Universidade Metodista de São Paulo*: que ofereceu condições institucionais para a realização deste estudo, demonstrando que relações de trabalho podem ser qualificadas por vínculos que valorizem o crescimento pessoal e profissional.

*Pedro Avoglia*: com paciência e dedicação realizou a primeira revisão ortográfica e gramatical.

*Lígia Furusawa*: pela ajuda nos acertos finais para finalização do trabalho.

*Olívia*: secretária do Departamento de psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, da USP, sempre atenciosa e prestativa.

*Maria Helena e Johannes*: estou sempre aprendendo com vocês.

Sérgio Santos de Oliveira: agradeço pela verificação ortográfica e gramatical. Salve!

*Gabriel, Fernando, Joana, Pedro, Maria e Ana*: representando tantas outras crianças atendidas, que na singularidade de suas histórias são a vida deste trabalho.

*Felipe, Bruno e Gabriel*: “nossas crianças” por me motivarem, cada um a seu jeito , a acabar a tese.

*À minha mãe e meu pai (in memoriam)*: que deram condições para o estudo e principalmente para enfrentar desafios.

“ Costuma-se dizer que a árvore impede a visão da floresta,  
mas o tempo maravilhoso da pesquisa  
é sempre aquele em que ...  
mal começa a imaginar a visão de conjunto,  
enquanto a bruma que encobre os horizontes longínquos  
ainda não se dissipou totalmente,  
enquanto ainda não tomou muita distância  
do detalhe dos documentos brutos,  
e estes ainda conservam todo o seu frescor”.

(Philippe Ariès, 1981)

Avoglia, H. R. C. **Avaliação Psicológica: a perspectiva sócio-familiar nas estratégias complementares à prática clínica infantil.** 2006.226f. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

## RESUMO

A avaliação psicológica da criança destaca a importância do estudo da dinâmica familiar que, embora imprescindível, não encerra em si o universo das relações com as quais a criança se vincula. Estudos sobre a avaliação psicológica, especialmente a partir do



modelo compreensivo, apontam à necessidade de se considerar a integração de aspectos intrapsíquicos, familiares e sociais. A análise dos aspectos sócio-ambientais, apesar de relevantes diante da queixa escolar, mostra-se pouco sistematizada. O presente estudo teve como objetivos identificar e comparar os processos psicodiagnóstico de crianças com idades entre 7 e 10 anos, com queixa escolar em dois momentos históricos distintos, 1983 e 2001 e descrever e propor estratégias complementares à prática diagnóstica, como a Visita Domiciliar e a Visita Escolar. Para a comparação histórica foram analisados 164 prontuários de clientes atendidos em uma Clínica-Escola, em termos de frequência absoluta (*fa*) e frequência relativa (*fr*). Destes, 116 (70,73%) foram de casos atendidos em 1983 e 48 (29,23%) referiam-se a 2001. O procedimento utilizado na segunda etapa contou com a análise qualitativa de seis estudos de caso envolvendo a queixa escolar, nos quais foram descritas as Visitas Domiciliar e Escolar. Os resultados da análise documental indicaram que, apesar do crescente desenvolvimento das técnicas e procedimentos para o diagnóstico psicológico, poucas mudanças ocorreram num período de 18 anos, no que se refere à seqüência do processo, aos instrumentos utilizados e ao número de sessões, num período de 18 anos. Observou-se o predomínio da avaliação focalizada na criança e em suas dificuldades. Estes dados subsidiaram a proposição de estratégias complementares, como a visita familiar e a escolar, que sustentadas pelo raciocínio clínico, atingiram a dimensão do social. Assim, a totalidade dos casos apresentados ilustrou como o uso das visitas poderia contribuir fornecendo dados para uma leitura diagnóstica mais contextualizada, e conseqüentemente para o embasamento da entrevista devolutiva, adequando-a a realidade da criança, da família e da escola. A utilização desses procedimentos, não substituiu, nem prevaleceu sobre outros recursos, tampouco se constituiu num procedimento padrão, cabível a qualquer tipo de queixa. Mas, em conjunto com as demais técnicas, possibilitou ampliar a compreensão diagnóstica por meio da observação direta dos espaços de significação da criança com queixa escolar.

**Palavras-chave:** avaliação psicológica, dificuldades escolares, família, escola, psicodiagnóstico.

Avoglia, H. R. C. **Psychological evaluation: the social and family perspective on complementary strategies for the clinic practice of children.** 226f. Doctoral Thesis. Institute of Psychology,. University of São Paulo, 2006.

## ABSTRACT

The psychological evaluation of the child stresses the importance of studying the familiar dynamics as an indispensable procedure, though it does not confine in itself the whole universe of relationships linked to the child. Studies on psychological evaluation, particularly the ones based on a comprehensive model, point to the need of considering the integration of psychological, familiar and social aspects. However, the analysis of

social and environmental aspects regarding child's difficulties in school is scarcely systematized, in spite of its importance. This study examined cases of psychodiagnosis of children with school difficulties aged between 7 and 10, in two different periods of time, in 1983 and in 2001. It aimed to describe and propose strategies complementing diagnostic procedures, as the Home Visit and the School Visit. In order to proceed to a historical comparison, the study analyzed 164 files of a School-Clinic, in terms of absolute and relative frequencies, of which 116 ((70,73%) were from 1983, and 48 (29,23%) from 2001. Following, the study did qualitative analysis of six cases of child's difficulties in school, in which the Home Visits and School Visit proceedings are described. The results of the files analyses showed that, in spite of the growing development of techniques and other resources for the psychological diagnosis, few changes have occurred in a period of 18 years, concerning proceedings, tools and numbers of sessions. It was noticed the preponderance of an evaluation focused on the children and their difficulties only. The data substantiated the proposal of additional strategies as the Home Visit and the School Visit, thus reaching a social dimension enriched by the clinical reasoning. The totality of the cases presented showed how the visits could contribute with valuable information for a more contextualized diagnostic reading, and also for a more sustained return interview, making it more suitable to the reality of the child, the family and the school. The adoption of these proceedings did not replace, nor did it prevail over other resources. Also, these proceedings do not constitute a standard tool to be used in any kind of school complaint. But, together with the other proceedings, they helped to broaden the diagnostic understanding by allowing the direct observation of the spaces of significance for the child with school difficulties.

**Key words:** psychological evaluation, **psycho diagnostic**, school, family, school difficulties.

Avoglia, H. R. C. **Évaluation psychologique: la perspective sociale et familiale des stratégies complémentaires à la pratique clinique.chez l' enfant.** 226f. Thèse de Doctorat. Institut de Psychologie, Université de São Paulo, 2006.

## RÉSUMÉ

L' évaluation psychologique de l'enfant souligne l'importance de l'étude de la dynamique familiale qui, bien qu' indispensable, ne renferme pas en soi l'univers des relations auxquelles l'enfant est attaché Des études sur l'évaluation psychologique, notamment à partir du modèle compréhensif, révèlent la nécessité de prendre en

considération l'intégration des aspects intrapsychiques, familiaux et sociaux. L'analyse des aspects sociaux, même s'ils sont importants face à la plainte scolaire, se révèle peu systématisée. Le but de cette étude a été d'identifier et de comparer les procès psychodiagnostiques d'enfants âgés entre 7 et 10 ans avec plainte scolaire à deux moments différents (1983 et 2001) et de décrire et proposer des stratégies complémentaires à la pratique diagnostique, telles que la Visite Domiciliaire et la Visite Scolaire. Pour la comparaison historique, 164 dossiers de clients reçus dans une Clinique-École ont été analysés en termes de fréquence absolue (*fa*) et de fréquence relative (*fr*), dont 116 (70,73%) ont été des cas reçus en 1983 et 48 (29,23%) en 2001. Lors de la procédure utilisée dans la deuxième étape, on a fait l'analyse qualitative de six études de cas comprenant la plainte scolaire, dans lesquelles les Visites Domiciliaire et Scolaire ont été décrites. Les résultats de l'analyse des documents ont indiqué que, malgré le développement croissant des techniques et des procédures pour le diagnostic psychologique, peu de changements ont eu lieu dans une période de 18 ans, en ce qui concerne la séquence du procès, les instruments utilisés et le nombre de séances, dans une période de 18 ans. On a observé la prédominance de l'évaluation centrée sur l'enfant et sur ses difficultés. Ces données ont contribué à la proposition de stratégies complémentaires, telles que la Visite Domiciliaire et la Visite Scolaire qui, soutenues par le raisonnement clinique, ont atteint la dimension du social. Ainsi, la totalité des cas présentés a illustré comment l'usage des visites pourrait contribuer en fournissant des données pour une lecture diagnostique plus contextualisée, et par conséquent, en établissant les bases de l'entretien évolutif, l'adaptant à la réalité de l'enfant, de la famille et de l'école. L'utilisation de ces procédures n'a pas remplacé ni prévalu sur d'autres ressources et elle n'est pas devenue non plus une procédure standard, convenable à n'importe quel type de plainte. Mais, associée aux autres techniques, elle a rendu possible l'extension de la compréhension diagnostique à travers l'observation directe des espaces de signification de l'enfant avec plainte scolaire.

**Mots clés :** évaluation psychologique, psychodiagnostique, scolaire, famille, difficultés scolaires

## SUMÁRIO

RESUMO.....	p. ix
ABSTARCT.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
Lista de Figuras.....	xv

Lista de Tabelas.....	xvi
Lista de Quadros.....	xvii
Apresentação.....	1
<b>I. A HISTÓRIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO BRASIL.....</b>	<b>7</b>
<b>II. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: CONCEITO, FINALIDADE E PROCEDIMENTO .....</b>	<b>22</b>
a. O uso do termo.....	26
b. A definição de avaliação psicológica.....	40
c. As etapas do processo de avaliação psicológica.....	45
<b>III. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA QUEIXA ESCOLAR.....</b>	<b>57</b>
<b>IV. VISITA DOMICILIAR E VISITA ESCOLAR: PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES À PRÁTICA DIAGNÓSTICA.....</b>	<b>70</b>
a. O papel do psicólogo nas visitas domiciliar e escolar.....	81
b. Visita domiciliar.....	85
c. Visita escolar.....	95
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>104</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>105</b>
a. Primeira Etapa.....	105
a.1) Local.....	105
a.2) Escolha dos Prontuários .....	106
a.3) Análise dos dados.....	108
b. Segunda Etapa.....	108
b.1) Casos clínicos .....	109

b.2) Local.....	110
b.3) Recursos técnicos .....	110
b.4) Procedimento para coleta dos dados.....	111
b.5) Procedimento para análise dos dados.....	111
<b>V. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>112</b>
a. Sobre a Primeira Etapa.....	112
b. Sobre a Segunda Etapa.....	135
b.1) Caso clínico: Gabriel.....	136
b.2) Caso clínico: Fernando.....	154
b.3) Caso clínico: Joana.....	162
b.4) Caso clínico: Pedro.....	170
b.5) Caso clínico: Maria.....	175
b.6) Caso clínico: Ana.....	182
<b>VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>188</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>194</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>204</b>
ANEXO A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	205
ANEXO B: Roteiro da Entrevista de Triagem.....	207
ANEXO C: Desenho Produzido por Gabriel.....	213
ANEXO D: Representação do Plano Gráfico da Casa de Gabriel.....	215
ANEXO E Desenho Produzido por Joana.....	217
ANEXO F: Representação do Plano Gráfico da Casa de Joana.....	219

ANEXO G: Desenho Produzido por Maria .....	221
ANEXO H: Desenho Produzido por Ana.....	223
ANEXO I: Representação do Plano Gráfico da Casa de Ana.....	225

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Genetograma da Família de Gabriel.....	137	p.
--	-----	----

Figura 2: Genetograma da Família de Fernando .....	154
Figura 3: Genetograma da Família de Joana.....	162
Figura 4: Genetograma da Família de Pedro.....	171
Figura 5: Genetograma da Família de Maria .....	175
Figura 6: Genetograma da Família de Ana.....	182

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Prontuários Analisados em 1983 e 2001.....	p. 112
Tabela 2: Frequência das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos	

Realizados em 1983.....	116
Tabela 3: Frequência das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos Realizados em 2001.....	123
Tabela 4: Procedimentos Diagnósticos Utilizados em 1983 e 2001.....	128
Tabela 5: Recursos Técnicos Utilizados nos Processos Psicodiagnósticos de 1983 e 2001.....	131

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Descrição das Etapas dos Processos Psicodiagnóstico Realizados em 1983.....	p. 114
Quadro 2: Descrição das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos	121



Realizados em 2001.....

## APRESENTAÇÃO

Nosso percurso profissional foi sempre marcado pelo trabalho acadêmico e clínico, predominantemente com crianças e seus familiares, realizando psicodiagnóstico e psicoterapia.

A etapa diagnóstica, em especial, freqüentemente é apontada por alguns críticos como norteadada por um modelo de atendimento clínico elitizado, focado exclusivamente no indivíduo e baseado em uma conduta profissional tecnicista.

A utilização de testes psicológicos na avaliação de crianças com queixa escolar parece ser a parte mais atingida por tais argumentações, principalmente no que se refere ao emprego de instrumentos desenvolvidos em outras culturas e para crianças cuja realidade é bem diferente da nossa. Assim, o processo diagnóstico em si, enquanto uma seqüência de etapas integradas com um objetivo único, é confundido com a testagem psicológica, no que diz respeito à medição do comportamento.

Um outro aspecto recorrente entre os críticos da avaliação psicológica se refere à pouca ênfase com que a dimensão do social é tratada nessa atividade, especialmente quando estamos diante das dificuldades escolares. Essa atitude resume a prática diagnóstica, confinando-a em um plano quantitativo e reducionista.

O interesse no desenvolvimento do presente estudo surgiu da necessidade de responder aos questionamentos aqui levantados e de apresentar alternativas.

Valorizamos os trabalhos que foram e vêm sendo realizados na área da avaliação psicológica no Brasil, com relação à validação e padronização de novos e

antigos instrumentos. Tais instrumentos, contudo embora representem importantes avanços da psicometria, ainda estão distantes de muitos profissionais que praticam o diagnóstico psicológico.

Os psicólogos que, como nós, atuam nessa área, muitas vezes são interpelados por questionamentos acerca dos avanços dos testes, de sua utilização e da necessidade da ênfase social, como se a vasta produção científica, tanto no domínio da psicometria, como nos procedimentos clínicos e nos modelos de atuação não se constituísse, de certa forma, numa resposta.

Esse questionamento se confirma ao apresentarmos a visão histórica da avaliação psicológica no Brasil, como é possível observar no capítulo inicial em que aparece de forma clara uma preocupação maior com as qualidades psicométricas das técnicas do que, propriamente, com o processo psicodiagnóstico.

Em seguida a essa revisão, examinamos as diversas indagações a respeito do que é avaliar em Psicologia. Assim, no segundo capítulo, mostramos como os mais diversos termos são utilizados para expressar a atividade diagnóstica caracterizando a relação entre as diversas denominações e as abordagens, bem como a definição e a descrição das etapas que cada pesquisador estabeleceu.

De maneira mais específica, abordamos, no capítulo 3, a avaliação psicológica da queixa escolar, pois essa nos parece a área mais atingida pelas críticas à avaliação. Procuramos então, sublinhar os aspectos mais controversos que cercam a tarefa diagnóstica, envolvendo a discussão entre determinantes individuais e determinantes sociais, história individual e a história escolar, a criança da rede pública e a criança da rede particular, o desempenho escolar e o desempenho fora do ambiente escolar, capacidades intelectuais e condições ambientais, enfim.

Esses elementos nos serviram de base e motivação para a realização deste estudo. Inicialmente, interessou-nos verificar as possíveis mudanças ocorridas no diagnóstico psicológico realizado em uma clínica-escola, quais as técnicas e/ou procedimentos clínicos utilizados em um intervalo de 18 anos. Com isso, atenderíamos à necessidade de identificar como os psicólogos absorveram as novas produções científicas e a elas se adaptaram. Assim, o presente estudo ocupou-se da comparação dos protocolos de clientes diagnosticados em dois momentos históricos distintos, 1983 e 2001.

Apesar de representar um período de tempo significativamente marcado por mudanças no cenário sócio-político e na pesquisa científica, os resultados denotaram poucas alterações nas estratégias diagnósticas empregadas, apontando, desse modo, para a necessidade de realizarmos uma segunda etapa neste estudo, voltada para a proposição de outras estratégias complementares a prática diagnóstica, que contemplassem, de maneira mais ampla, o universo de inserção da criança na família e na escola.

A premissa da qual partimos se fundamentou na exigência de se investigar a interface entre a criança e o ambiente social com o qual mais diretamente convive.

A compreensão psicológica do indivíduo, da forma mais completa possível está na base da finalidade diagnóstica, portanto conhecer os espaços de interação social significa admitir variantes advindas de seu contexto relacional.

Desse cenário destacamos, além da família, a escola e a comunidade pela qual a criança transita, aceitando a concepção de que tais espaços influenciam na formação de seu mundo interno. Falamos da análise da rede vincular que, a nosso ver, quanto mais abrangente, mais se aproxima da realidade da criança assegurando uma compreensão mais global.

Visando operacionalizar essa demanda, buscamos estratégias já consagradas na atividade de outros profissionais, especialmente, mas não exclusivamente, da área da

saúde. Apresentamos a Visita Domiciliar e a Visita Escolar enquanto procedimentos complementares a prática diagnóstica para análise dos processos interacionais.

Consideramos que tais procedimentos garantiriam a análise dos elos de relacionamento, compostos por pessoas significativas na vida dessa criança, além de sua própria família, constituindo-se em objeto de nossa leitura clínica diagnóstica.

Todavia, é importante registrar que a proposição em questão não pretende ser absoluta nem prescindir da aplicação de testes psicológicos ou da utilização de outras técnicas clínicas. Assim, quando associada aos resultados obtidos por intermédio de instrumentos precisos e validados, pode-se avançar em direção à finalidade maior da avaliação psicológica.

Essa constatação assegurou a intenção do presente estudo e definiu os objetivos da segunda etapa do trabalho. Apresentamos a Visita Domiciliar e a Visita Escolar enquanto procedimentos adicionais à prática diagnóstica. Ilustramos nossa argumentação com a apresentação de seis estudos de caso de crianças em idade escolar e com queixa de aprendizagem.

Procuramos demonstrar a importância de tais estratégias, destacando sua relevância não apenas para o processo diagnóstico em si, mas também para seu prolongamento, na medida em que nos permite formular hipóteses clínicas de caráter preventivo que atinjam outras esferas de interação da criança, além da família.

Referimo-nos a etapa devolutiva, que igualmente nos pareceu favorecida pelo uso desses procedimentos. Comumente, é dirigida aos pais, à criança e, conforme o caso, àquele que solicitou a avaliação. Entretanto, valendo-se do objetivo dessas visitas, foi possível estruturar uma devolutiva mais condizente com a realidade sócio-econômica e cultural da criança, além de estender os encaminhamentos e recomendações aos contextos nos quais é significativamente influenciada.

Acreditamos ser relevante, sob o prisma científico e social, a condução do processo psicodiagnóstico a partir da inclusão dessas estratégias, pois leva em conta a perspectiva do social e aponta a complexidade de variáveis que interferem na formação da criança. Por outro lado, a apresentação de modo mais sistematizado de tais procedimentos amplia os recursos clínicos que, tanto na fase diagnóstica quanto na terapêutica, não podem manter-se desvinculados da interferência direta desses espaços.

O percurso deste trabalho permitiu uma nova e desafiadora experiência em nossa prática clínica. A inclusão desses procedimentos possibilitou que a leitura e a compreensão diagnóstica resultassem não apenas do que foi verbalizado pelos pais e pela própria criança nas entrevistas e dos resultados dos testes, mas também integrassem aquilo que foi observado *in loco*.

Diferentemente de nosso cotidiano clínico, nos deparamos com uma escuta psicológica realizada diretamente nos espaços sociais. Entendemos que as variáveis sócio-ambientais foram captadas e perpassadas por um raciocínio clínico para atingir a dimensão do social.

Convém destacarmos que nossas indagações sobre essas questões já nos acompanham há algum tempo e nos levaram a propor, por meio de um projeto de extensão, a realização da avaliação psicológica contextualizada, ou seja, valorizando estratégias capazes de dar conta da perspectiva psicossocial da criança.

Esse trabalho desenvolveu-se na Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo por três anos, contando com a participação de psicólogos sociais e escolares que muito contribuíram para seu desenvolvimento. Nesse período foram diagnosticadas 42 crianças por meio dessa metodologia, resultando em dois trabalhos: Avoglia (2002), que tratou da necessidade de se inserir a análise de aspectos sociais e institucionais no diagnóstico psicológico da criança com queixa

escolar e Avoglia; Castro e Custódio (1999), que apresentou um estudo de caso, no qual as condições psicossociais foram integradas aos resultados obtidos pela criança. Certamente essa experiência fortaleceu nossa crença na realização deste trabalho.

A ação diagnóstica nos termos aqui defendidos, e como já vivenciado nos trabalhos citados, pretende abarcar um conjunto de relações mais amplo do que apenas a criança e sua família. Atinge a rede social em que a criança esta inserida e pode até mesmo caracterizar-se como uma mediação facilitadora da expressão do indivíduo no coletivo ou do coletivo em si, assegurando a contribuição da Avaliação Psicológica como articuladora dos diversos olhares e das diferentes formas de subjetivação.

## I. A HISTÓRIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO BRASIL

No processo evolutivo das ciências, caracterizado por um percurso que caminha na direção da especificidade, a avaliação psicológica apenas recentemente (segunda metade do século XX), se tornou reconhecida como um campo de existência autônoma e de produção de conhecimentos.

Constatamos que a história da avaliação psicológica se confunde com a história dos testes psicológicos. Cientes dessa evidência, e apenas para iniciarmos nossa explanação, destacamos James Mckeen Cattell, psicólogo norte-americano cujo trabalho funde estudos da psicologia experimental com a testagem psicológica. Em artigo publicado em 1890, Cattell usou pela primeira vez na literatura psicológica o termo “*teste mental*”, referindo-se a descrição de uma série de teste que eram aplicados em estudantes universitários, em tentativa de determinar o nível intelectual dos mesmos (ANASTASI; URBINA, 2000).

O próprio Catell reconheceu a necessidade de padronizar, controlar a qualidade e as restrições profissionais quanto à utilização e distribuição dos testes psicológicos, e em 1921 organiza em Nova Iorque a *Psychological Corporation*, pioneira nessa atividade. (CASULLO, 1996).

A prática da avaliação fazendo uso de tais testes foi denominada de “*mental testing*” e posteriormente de “*psychological testing*”. Embora o próximo capítulo vá discutir as diversas expressões que se referem à avaliação psicológica, observamos que historicamente, a expressão “*psicodiagnóstico*” foi utilizada pela primeira vez por Rorschach em 1927, com excelente aceitação (CASULLO, 1997).



Já o termo “*avaliação psicológica*” (*psychological assessment*) surgiu nos Estados Unidos em 1948, com a publicação da Oficina de Serviços Estratégicos do Exército.

Um dos aspectos mais significativos para a configuração da área de avaliação psicológica, segundo a autora, foi a publicação de Cronbach e Gleser do livro “*Psychological Tests and Personnel Decisions*”. A importância desta obra residiu na definição da avaliação psicológica como uma atividade da Psicologia Aplicada, um processo de tomada de decisões e solução de problemas tanto no plano pessoal, quanto sócio-institucional.

É interessante notarmos que esse trabalho incorporou algo novo na tarefa de selecionar o pessoal qualificado para ações de alto risco, pois também se preocupou com o reconhecimento de potencialidades, capacidades e recursos desses sujeitos e, conforme a autora, não apenas com a identificação de aspectos negativos, deficitários ou mesmo patológicos.

Sabemos que, na Psicologia, algumas abordagens estão mais próximas dos requisitos de ciência do que outras. A vulnerabilidade parece evidenciar-se no corpo de conhecimentos que envolvem as questões da subjetividade. Portanto, o destaque recai sobre a área clínica ou, pelo menos, sobre as áreas que partem de um conhecimento subjetivo, em sua abordagem, sua prática e seu vocabulário. Sabemos ainda que critérios de cientificidade se diferenciam de um modelo para outro e, assim, devemos enfrentar o desafio de organizarmos nossa reflexão.

A psicologia clínica, expressão atribuída a Wittmer em 1896, é geralmente associada à prática médica. A própria palavra “*clínica*” significava em sua origem grega inclinar-se, deitar-se, derivando para “cuidados a um doente acamado”. O médico, ao visitar seus pacientes acamados, realizava sua prática clínica; logo, passou-se a chamar de clínica os cuidados destinados aos pacientes. Idêntica associação se estendeu à psicologia, gerando o termo “*psicologia clínica*”, que se une à imagem de doença (AUGRAS, 1981).

Hoje é possível olharmos criticamente para essa associação e percebermos a distância em que a mesma se situa de concepções mais atualizadas, como a de psicologia da saúde, por exemplo. Notoriamente, a chancela da prática médica na atuação do psicólogo desencadeou controvérsias que, por um lado facilitaram a inserção da prática psicológica no rol das ciências, mas, por outro lado, dificultaram a organização de uma identidade psicológica.

A associação entre psicologia clínica e doença apontou para o estabelecimento da relação entre psicologia clínica e patologia. O psicodiagnóstico e a psicoterapia são as vertentes mais significativas na prática clínica. Em outras palavras, resgatam a herança médica, o diagnóstico e o tratamento. Augras (1981) observa que a origem dos termos fica evidente, apesar do prefixo “*psico*” acrescentado às duas modalidades de atendimento, e questiona a valorização do jargão médico e a vocação do clínico para lidar exclusivamente com aspectos patológicos. A autora situa também a psicanálise como fonte dessa ênfase na patologia, influenciando o vocabulário do clínico e adverte para a ausência de autonomia, de conceitos próprios e de uma linguagem específica.

Apesar de o presente estudo deter-se na perspectiva psicanalítica, entendemos a crítica ao domínio da psicanálise e da psicopatologia. Contudo, julgamos inegável, a necessidade de conhecermos previamente o estado patológico no qual vamos intervir. Considere-se também que a análise da autora advém de natureza fundamentalmente fenomenológica.

Cabe ressaltar que não é possível para a compreensão do desenvolvimento ocorrido deixar de lado a origem médica das expressões utilizadas pela psicologia clínica, especialmente no contexto do psicodiagnóstico. Entre as expressões, podemos citar várias, tais como diagnóstico, tratamento, sintoma, consultório, exame, testes, paciente, entre outras.

Cabe aqui, igualmente, a ressalva feita por Trinca (1983) quanto à utilização pela prática psicológica de termos provenientes do modelo médico, porque não têm

vinculação correlata com o significado original. A necessidade do reconhecimento das considerações psicopatológicas para a análise da sintomatologia emocional é registrada em 1913, quando Freud, buscando encontrar critérios para identificar pacientes neuróticos a serem atendidos ressalta a fase diagnóstica inicial, chamada de provisória, que ocorre antes do tratamento propriamente dito.

A influência da Medicina na prática clínica é histórica e como tal marca a classificação de patologias como forma de construir e organizar seu corpo teórico, garantindo-lhe a objetividade científica necessária ao modelo positivista de ciência.

Entretanto, a complexidade dos modelos da ciência, especificamente nas relações entre a psicologia e a psicopatologia, desencadeia uma outra perspectiva na qual nos deparamos com a impossibilidade de utilizarmos esses indicadores para a compreensão da maioria dos fenômenos da natureza humana.

Se, por um lado, os pesquisadores atendem as exigências dos critérios científicos positivistas, por outro enfrentam a falta de credibilidade advinda da própria comunidade científica, quando buscam através do estudo de métodos assegurar, de outro modo, uma abrangência singular, ou seja, mais particularizada no que diz respeito à prática psicológica (GÜNTERT, 2000).

Durante muito tempo a atuação do psicólogo foi calcada no modelo médico/psicopatológico e basicamente positivista. Isto se deve possivelmente as exigências de proceder com objetividade e, para tanto, havia a necessidade de o profissional assumir um certo distanciamento de seu cliente, tendo em vista que o estabelecimento de um vínculo mais afetivo poderia, de certa forma, atrapalhar a objetividade do trabalho.

*“Para a clínica psicanalítica, a doença tem um sentido para quem sofre, sentido que está afastado da consciência, sentido que esta na trama de uma história marcada pelo desejo*

*inconsciente do sujeito (verdade do sujeito)”*  
(PRISZKULNIK, 2000. p. 21).

Esta estratégia de atuação ocorria porque o psicólogo carecia de uma identidade capaz de situá-lo verdadeiramente em seu trabalho junto à saúde mental. O psicólogo adotou o modelo de trabalho do médico atenuando essa ausência de identidade.

Segundo Ocampo *et al.* (1985) esta fase representou um empobrecimento para a Psicologia, uma imposição externa, pois, ao mesmo tempo em que garantia uma definição sobre sua atuação, não questionava sua identidade própria, experimentando assim uma “*pseudo-identidade*”, negando suas diferenças e distanciando-se de vivenciar o interjogo relacional na interação com seu paciente.

Nesse contexto, a autora inclui os testes psicológicos, que eram aplicados como se fossem a própria finalidade do psicodiagnóstico. Funcionavam como “*um escudo entre o profissional e o paciente, para evitar pensamentos e sentimentos que mobilizassem afetos (pena, rejeição, compaixão, medo, etc)*” (p. 14).

Comumente, para a população em geral, o psicólogo é visto como um “*aplicador de testes*” ou um “*testólogo*” como denomina Ocampo *et al.* (1985) e Cunha (2000), o que se justifica quando analisamos o contexto histórico e nos deparamos, no final do século XIX e no início do século XX, com a proximidade entre o desenvolvimento das pesquisas sobre técnicas e o crescimento da avaliação psicológica no Brasil. Essa imagem do profissional, além de não ter correspondência com a realidade de sua atuação, imprime a idéia de distanciamento com o cliente, principalmente no âmbito da clínica.

A preocupação com a relação psicólogo-paciente, especialmente o desejo e o temor de uma aproximação mais autêntica, promoveu um novo questionamento que diretamente atingia o modelo médico predominante e conseqüentemente provocava o desconforto pela falta de uma identidade profissional. O psicólogo corria o risco de

identificar-se com seu paciente, super protegê-lo, deixar-se invadir pelos sentimentos presentes na relação, o que acarretaria numa duvidosa credibilidade quanto ao diagnóstico realizado.

Esta fase culmina com a proliferação dos estudos teóricos e técnicos psicanalíticos contagiando a atuação dos psicólogos que passam a adotá-los como modelo substituto do modelo médico. O processo psicanalítico foi transferido para o processo psicodiagnóstico, sem que tenham sido consideradas as especificidades deste último. Com isso, apesar de constatar-se um enriquecimento na compreensão dinâmica do caso e das especificidades da relação profissional, valorizando-se as entrevistas livres, testes e instrumentos técnicos em geral foram menosprezados pela prática diagnóstica, pois não eram cabíveis no modelo psicanalítico (OCAMPO *et al.*, 1985).

Do mesmo modo que houve a necessidade de diferenciar-se do médico, o psicólogo teve que se diferenciar do psicanalista, afirma a autora:

*“Não resta a menor dúvida de que a teoria e a técnica psicanalíticas deram ao psicólogo um marco de referência imprescindível que o ajudou a entender corretamente o que acontecia em seu contato com o paciente... Mas, assim como uma vez [o psicólogo] teve que se rebelar contra sua própria tendência em ser um aplicador de teste também chegou o momento em que teve que definir suas semelhanças e diferenças em relação ao terapeuta psicanalítico”* (OCAMPO *et al.*, 1985. p.16).

Na concepção da autora, a proximidade entre a teoria psicanalítica e a tarefa diagnóstica ocorreu a partir de um esforço mútuo no qual o psicólogo começou a trabalhar tendo como base seu próprio marco referencial e o psicanalista, ao receber os pacientes para o tratamento, mostrou-se mais disponível e confiante com relação às informações recebidas.

As contribuições da Medicina e da Psicanálise sem dúvida fundamentaram as concepções atuais de psicodiagnóstico. A compreensão sobre o funcionamento psíquico do homem foi redirecionada, divergindo do modelo médico através da psicanálise, que consagra uma nova idéia da clínica, agora norteadada pela fala do paciente e pela escuta do psicanalista, portanto diferente da visão organicista.

*“(...) a Psicanálise nasce de uma prática que gera uma teoria, mas a teoria pretende dar conta do que acontece no processo de investigação e nos seus efeitos terapêuticos; os conhecimentos aplicados na clínica pertencem ao próprio campo clínico. Nasce e subverte a própria concepção de clínica, concepção ainda muito ligada a uma prática específica, a da Medicina” (PRISZKULNIK, 2000. p.21).*

A importância histórica desta etapa assinala a preocupação com a compreensão dinâmica do diagnóstico clínico em Psicologia e podemos citá-la como significativa no que diz respeito à construção da identidade do psicólogo enquanto profissional, ou seja, mantendo uma atitude clínica, fundamentada em um corpo teórico e na ética, capaz de garantir a compreensão do cliente.

No Brasil, a reflexão sobre a avaliação psicológica de modo geral, não especificamente na perspectiva clínica (psicodiagnóstico) é caracterizada pela produção médica e acadêmico-científica, conforme destacam Pasquali e Alchieri (2001).

O período de 1836 a 1930 é um dos mais significativos em termos do desenvolvimento da Psicologia em nosso país. Isso se deve, de acordo com os autores, à correlação entre a sistematização dos estudos sobre processos psicológicos básicos e a utilização da metodologia experimental de medidas psicológicas, principalmente para identificação de etapas do desenvolvimento humano e de aprendizagem.

As contribuições da área médica, por meio de publicações de estudos acadêmicos e científicos, foram responsáveis, ainda segundo os autores, pelo registro

dessa fase como sendo de suma importância na evolução histórica da avaliação psicológica.

Em um recorte mais sucinto, Alchieri e Cruz (2004) citam os cursos de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro como os marcos referenciais dos primeiros estudos de Psicologia no Brasil. A ciência psicológica repercute especialmente no universo acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia, entre 1840 e 1900, e apresentavam como temas: a criminologia, a psiquiatria forense, higiene mental e estudos em psicologia social e pedagógica. Já no período de 1901 a 1931, foi a Faculdade do Rio de Janeiro que delineou teses sobre a neuropsicologia, a psicofisiologia e a neurologia.

Posteriormente, o segundo momento evolutivo compreende o período entre 1930 a 1962, no qual há grande divulgação do ensino da Psicologia nas universidades brasileiras, destacam Pasquali e Alchieri (2001).

Observamos o predomínio da Medicina nas temáticas estudadas, mas não podemos deixar de lado o contexto pedagógico que norteia a criação do Laboratório de Psicologia Aplicada à Educação no Rio de Janeiro.

Esse laboratório tinha como objetivo a “*divulgação de estudos de problemas pedagógicos no meio acadêmico pedagógico*”. (PASQUALI; ALCHIERI, 2001. p. 13). Concomitantemente em São Paulo, os autores informam que pesquisas sobre inteligência de crianças, psicomotricidade e memória também acentuavam o emprego da Psicologia e da Pedagogia.

Registra-se também a fundação do Instituto de Seleção e Orientação Profissional, ISOP, vinculado a Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro, sob a regência de Emillio Mira y López, “*que se converteria no principal agente dinamizador da Psicologia brasileira e modelo de avaliação na América Latina*” (ALCHIERI; CRUZ, 2004, p.18). A criação desse instituto provocou grande impacto nos estudos

sobre avaliação psicológica no Brasil nos anos 50, mas não foi tão representativo nos anos 70 (GOUVEIA *et al.*, 2002).

A criação de cursos de graduação de Psicologia, a partir de 1960, e de pós-graduação a partir de 1970 assinalam o ensino de Psicologia no Brasil como disciplina e como profissão, sendo então regulamentada pela Lei no. 4.119 de 1962 e dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia pela Lei no 5.766 de 1974.

Ao mesmo tempo em que se associa o desenvolvimento da avaliação psicológica ao desenvolvimento da pesquisa, e ao ensino de técnicas e procedimentos, revela-se certa falta de preparo por parte dos professores para o ensino das técnicas nos cursos de Psicologia. O crescimento acentuado dos cursos, afirmam os autores, demandava a contratação de professores que muitas vezes não satisfaziam as qualificações exigidas para o ensino de avaliação psicológica.

Isso dificultou a profissionalização do psicólogo, acarretando desinteresse pela área e descrédito com relação à testagem psicológica, especialmente com os instrumentos considerados mais objetivos. Representou, em termos de desenvolvimento científico, um atraso significativo para a pesquisa brasileira no que diz respeito à construção de instrumentos.

No panorama internacional, estudo realizado por Pasquali e Alchieri (2001), conclui que o problema não foi exclusivo da pesquisa brasileira, pois em outros países houve igualmente uma certa aversão à quantificação, à mensuração e ao positivismo implicado nessa metodologia.

As alterações nesse quadro são também registradas por Noronha; Alchieri e Primi (2001) a partir da década de 80, quando são instalados cursos de pós-graduação e, em consequência laboratórios destinados à ampliação das pesquisas, principalmente sobre novos instrumentos, validações e qualificação do profissional para área da avaliação psicológica. O período considerado mais expressivo nesse percurso foi a década de 90 e o início de 2000, conforme os autores.



Antecede esta etapa de notório desenvolvimento, um período permeado por críticas quanto à mensuração de fenômenos psicológicos. Não nos parece possível precisar quando isto ocorre, no entanto, segundo Sisto; Sbardelini e Primi (2000), essa situação está se revertendo devido à falta de apresentação de alternativas diante destas críticas.

Veza por outra, ainda há denúncias sobre a natureza de algum instrumento, ou mesmo sobre sua aplicação indevida em determinado segmento social, porém sem a preocupação de indicar soluções cabíveis.

Os freqüentes questionamentos dos testes psicológicos comercializados no Brasil motivaram Noronha e Vendramini (2003) a avaliar o que se publicou sobre a validade, a precisão e a existência de padronização brasileira em 43 testes, sendo 22 de inteligência e 21 de personalidade. Embora não tenham identificado diferenças significativas entre os dois tipos de testes, os de inteligência mostraram-se mais investigados. Os autores observam também que as décadas de 1980 e 1990 registram o maior número de publicações a esse respeito.

A Psicologia no Brasil parece se valer desse amadurecimento, pois a produção científica nesta área contribuiu para o ensino e a ampliação da ação interventiva do psicólogo, ganhando também mais visibilidade no cenário nacional e internacional por meio de publicações não apenas no que tange a avaliação psicológica, mas a sua aplicabilidade nos mais diversos contextos da atuação profissional, incluindo aqui as áreas mais recentemente beneficiadas, como é o caso da Psicologia Hospitalar, da Saúde, Ambiental, Qualidade de Vida, entre outros.

Dos anos 90 até hoje, registra-se um elevado número de publicações e reedições de estudos, chegando a constituir-se em uma área de pesquisa prioritária no quesito sobre políticas de pesquisa em Psicologia, conforme divulga a Sociedade Brasileira de Psicologia em 1996. Nesse ano, o Conselho Assessor de Psicologia do CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa) estabeleceu como merecedora de maiores

investimentos a sub-área de “*Fundamentos e Medidas em Psicologia*” (SISTO; SBARDELINI; PRIMI, 2000).

Nessa mesma década a renovação do interesse pelas técnicas psicológicas de modo geral resultou na criação de laboratórios de pesquisa como, por exemplo, o Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM), na Universidade de Brasília.

Em decorrência desse processo de desenvolvimento, surgem linhas de pesquisa que hoje estão consolidadas no cenário científico nacional.

A necessidade de organização da categoria envolvendo os profissionais e os pesquisadores levou à criação do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) em 1997, certamente um marco histórico para a Psicologia. Como meta principal, o instituto busca contribuir para a melhoria da qualidade do instrumental e do exercício profissional em nosso país.

Em se tratando de uma breve visão histórica da avaliação psicológica, não podemos deixar de mencionar a ação política assumida pelos Conselhos Regionais e Federal, criados pela lei 5.766 de 1971. Essa lei, em seu artigo 1º, estabelece que é de competência do Conselho Federal “*orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de psicólogo, bem como zelar pela observância dos princípios de ética e disciplina da classe.*”

A busca por soluções para as dificuldades apresentadas pelos profissionais no que tange a utilização dos testes psicológicos levou o Conselho Federal de Psicologia a organizar três comissões científicas, nessas últimas duas décadas (WECHSLER, 2000).

As incursões do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e dos Conselhos Regionais (CRPs) na área de avaliação psicológica parece viver seu momento mais representativo a partir de 1997/1998, quando a sociedade em geral, diante de resultados

obtidos em concursos públicos, de seleção de pessoal, concursos para promoção de carreira, entre outros, passa a questionar a eficácia dos instrumentos utilizados pela Psicologia e muitas vezes, recorre à justiça com representações éticas decorrentes da utilização de testes psicológicos sem respaldo científico.

*“Será considerada falta ética, conforme disposto na alínea “c” do Art. 1º. e na alínea m do Art. 2º. do Código de Ética Profissional do Psicólogo, a utilização de testes psicológicos que não constam na relação de testes aprovados pelo CFP, salvo os casos de pesquisa. [o parágrafo único do mesmo artigo estabelece...] O psicólogo que utiliza testes psicológicos como instrumento de trabalho, além do disposto no caput deste artigo, deve observar as informações contidas nos respectivos manuais e buscar informações adicionais para maior qualificação no aspecto técnico operacional do uso do instrumento, sobre a fundamentação teórica referente ao construto avaliado, sobre pesquisas recentes realizadas com o teste, além de conhecimentos de Psicometria e Estatística”* (Art. 16 da Resolução CFP no. 002/2003).

Tais questionamentos, que têm os testes psicológicos como alvo, levam o Conselho Federal a propor a criação de uma Câmara Interinstitucional de Avaliação Psicológica, constituída por representantes de renomadas instituições de ensino, pesquisa, comercialização e utilização de instrumentos psicológicos, com objetivo de encontrar soluções para os problemas enfrentados pela área. Por problemas operacionais, como afirma o Suplemento Especial sobre Testes Psicológicos, divulgado pelos Conselhos em fevereiro de 2004, esta Câmara não chega a efetivar sua tarefa, o que provoca sua dissolução.

O Conselho Federal organiza, então, uma Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica e convida para participar dessa comissão, psicólogos com

expressivo reconhecimento na área, com a tarefa de analisar os testes psicológicos comercializados em nosso país.

A regulamentação sobre a utilização, comercialização e elaboração dos testes psicológicos foi editada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia sob o no. 25/2001 em 30 de novembro desse mesmo ano e define “*teste psicológico como método de avaliação privativo do psicólogo, além de regulamentar sua elaboração, comercialização e uso*”, sendo posteriormente delineada e editada como Resolução no. 002/2003.

Tal resolução gera grande polêmica para a categoria dos psicólogos, que passa a organizar encontros e fóruns para discutir o assunto, como o I Encontro de Avaliação Psicológica na Formação dos Psicólogos realizado em março de 2004, em São Paulo.<sup>1</sup>

Muitos pesquisadores e profissionais criticaram a forma como a medida foi editada considerando-a autoritária, pois em seu texto observamos a restrição e o impedimento quanto ao uso de instrumentos classificados como desfavoráveis, sendo prevista aplicação de penalidades referentes ao exercício ilegal da profissão. Indicam que, a “*recomendação ou não*” quanto ao uso de um determinado teste, seria mais aceitável, em vez de “*proibição*”, pois foram considerados desfavoráveis testes de grande utilização nos espaços institucionais, hospitalares, jurídicos, entre outros.

Um outro ponto de vista questionado se refere à atuação dos Conselhos em questões de ordem científica, como por exemplo a elaboração dos instrumentos, quando a ação desses órgãos não deveria, em princípio, invadir área da iniciativa privada já que a ação desses órgãos é normativa, não abrange o exercício profissional.

---

<sup>1</sup> Este encontro foi promovido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Regional de Psicologia / SP (CRP), Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (APEP), Sociedade Brasileira de Rorschach (SBRo) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Aspectos ligados ao ensino de instrumentos desfavoráveis, critérios de cientificidade levados em conta na análise de testes de naturezas distintas, como os projetivos e os psicométricos, a possibilidade de permanente revisão da relação dos testes favoráveis e desfavoráveis, entre outros, foram exaustivamente debatidos por pesquisadores, professores e profissionais, indicando sem dúvida um movimento da categoria pela necessidade de pesquisas e busca da legitimidade quanto a sua representação.

As respostas dos Conselhos a essas manifestações de discordância se fundamentaram na Lei 5766/1971 que se refere à necessidade de assegurar a qualidade dos serviços prestados à população, o que implicaria zelar pela qualidade dos instrumentos de avaliação psicológica.

A divulgação de uma Carta aos Psicólogos, sob responsabilidade do Conselho Federal de Psicologia, preocupou-se em responder a toda a categoria profissional, buscando, segundo o documento, desfazer equívocos provocados pela referida resolução.<sup>2</sup>

Essa trajetória nos indica que, tanto no prisma científico, como no político, há um espaço a ser preenchido, como afirma Wechsler (2001), espaço esse que compreende questões relacionadas não somente à padronização e validação de instrumentos para as diversas regiões, mas também voltadas à formação do profissional, à comercialização dos testes pelas editoras e à legalização dos que atuam na área.

Constatou-se que historicamente houve mais interesse no desenvolvimento científico dos testes, em termos de suas qualidades psicométricas, do que propriamente com a dimensão processual da avaliação psicológica, da qual se ocupa o presente estudo.

---

<sup>2</sup> A íntegra desse documento pode ser encontrada na Carta aos Psicólogos, lançada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelos Conselhos Regionais (CRPs), em 27 de fevereiro de 2004, divulgada durante o I Encontro de Avaliação Psicológica na Formação dos Psicólogos. São Paulo, março de 2004.

Sabemos que os testes psicológicos representam uma parte daquilo que denominamos avaliação psicológica, ou mesmo psicodiagnóstico, quando inserido em uma perspectiva clínica. O processo psicodiagnóstico é uma tarefa mais ampla do que a “*testagem*”. No entanto, a história da avaliação psicológica se confunde com a história dos testes, como já afirmamos e, assim, a qualidade dos debates gerados pela referida resolução do Conselho, revela a preocupação e o compromisso dos que trabalham com avaliação psicológica, ao mesmo tempo que implica um desafio para participação mais efetiva no desenvolvimento desta área.

## **II. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: CONCEITO, FINALIDADE E PROCEDIMENTO**

Vários são os campos de trabalho que fazem uso da avaliação psicológica. Ações interventivas são desencadeadas a partir de uma etapa comumente, porém não exclusivamente prévia, de avaliação da conjuntura apresentada, seja ela qual for. Sempre que nos é solicitado emitir um parecer ou uma apreciação sobre um determinado fenômeno, estamos realizando um diagnóstico. Assim, diante de uma situação, seja ela de qualquer âmbito ou natureza, que exija de nós um posicionamento, realizamos um diagnóstico dessa situação.

A esse respeito o psicólogo atua de modo muito similar aos profissionais de outras áreas. Um agente de viagens ao ser contatado por um possível cliente deverá levantar interesses, condições financeiras, tempo disponível, entre outros, para oferecer alternativas compatíveis ao cliente. No entanto, não podemos deixar de ressaltar que tais alternativas podem ser analisadas por meio de diferentes referenciais. Por exemplo, apenas sob o aspecto da disponibilidade de tempo do cliente, ou mesmo em função da natureza da viagem, se a trabalho ou de férias.

No caso do psicólogo, será consultado por alguém que sofre, ou que passa por algum tipo de desajuste emocional, de inadequação social e, da mesma forma, hipóteses serão levantadas e testadas por meio de métodos específicos com objetivo de verificar a causalidade dessa ocorrência.

Para concluir o parecer ou apreciação cada profissional fará uso dos recursos de que dispõe, considerando-se, neste caso, sua ideologia, seus instrumentos, suas habilidades específicas e suas potencialidades.

Enquanto psicólogos, nossas intervenções são precedidas de um conhecimento ou de uma compreensão do fenômeno a ser tratado. Muitos psicólogos tomam decisões tendo como base os resultados obtidos por meio de testes e técnicas psicológicas em processos de avaliação. As ações terapêuticas têm-se mostrado mais seguras e efetivas quando planejadas mediante um conhecimento mais profundo das condições presentes.

Sabemos que atualmente a avaliação psicológica vem assumindo um caráter positivo nas diferentes áreas de atuação profissional. Sua aplicabilidade complementa e colabora indispensavelmente com muitos outros campos do conhecimento humano, seja no plano coletivo ou individual. Trata-se de um saber científico, diferenciado do senso comum, fundamentado teórica e metodologicamente, capaz de descrever, explicar e antecipar a compreensão do comportamento humano, objeto da Psicologia enquanto ciência (GOUVEIA; Di LORENZO; ESTEVAM; OLIVEIRA, 2001).

Alertando para a diferença entre avaliação não-profissional da avaliação profissional, Pasquali (2001) afirma que a primeira se constitui numa habilidade do ser humano em poder interpretar o comportamento dos outros e, a partir disso, adaptar-se às necessidades identificadas, inserir-se e conviver com uma determinada comunidade. Para o autor, todo indivíduo poderia avaliar seu meio, ou seja, teria habilidade de decodificar o comportamento do outro indivíduo, independentemente de ser um profissional em Psicologia ou não.

Com os dizeres do autor, podemos retomar ao exemplo trazido anteriormente, no qual o agente de viagens é consultado sobre um determinado passeio. Observamos que o agente realizará uma avaliação do cliente, fazendo uso de seu entendimento sobre o que observa. Ocasionalmente sua interpretação poderá ser inadequada ou mesmo incorreta.

Trata-se, neste caso, de uma avaliação de senso comum, que se forma a partir de uma certa organização de expectativas, conforme esclarece Pasquali (2001), de como cada um deve se comportar diante da diversidade da vida social. Contudo,



continua o autor, a avaliação profissional, ou seja, psicológica, busca acrescentar o cunho científico a essa atividade comum de todo ser humano. Portanto, fundamenta-se em critérios de cientificidade, pois com base neste tipo de avaliação serão tomadas decisões que envolvem outras pessoas, como no caso da avaliação da queixa escolar, da área da saúde, da orientação profissional, enfim. Desse modo, é necessário pensar em um sistema de avaliação creditado de maior confiabilidade, no qual o psicólogo aparece como detentor de uma habilidade essencial em avaliar.

Nesse sentido, Casullo (1997), aponta que, embora a avaliação psicológica esteja associada a uma prática, ou seja, à aplicabilidade no contexto clínico e educativo, não podemos desconsiderar que a Psicologia enquanto ciência faz uso das diversas etapas da avaliação, para produzir conhecimento e saber. Assim, afirma que:

*“Se nos preocupa determinar o grau em que uma teoria ou hipótese teórica é válida, devemos avaliar a correspondência existente entre as formulações teóricas e os dados empíricos. Se o interesse está orientado para ações psicológicas, teremos que nos preocupar com a avaliação das mesmas (na psicoterapia ou numa técnica de ensino, por exemplo). Se nos colocamos no domínio das práticas num nível macro, o que devemos avaliar é a correspondência entre os planos propostos (programas) e as ações através das quais os colocamos em prática” (CASULLO, 1997. p. 10).*

O reconhecimento dessa atividade profissional inclui também a psicanálise que valorizou a etapa diagnóstica prévia, e já em 1905, Freud apresentou indicadores para a classificação de pacientes. Ressaltou a necessidade da realização de entrevistas cuja finalidade seria a verificação da pertinência ou não do caso para o tratamento psicanalítico. Sabemos que Freud, em outro momento histórico, não tratava de pacientes não neuróticos, apesar de pretender esse procedimento para o futuro.

Sobre essa questão da etapa prévia diagnóstica para uma posterior psicoterapia, Aiello-Vaisberg e Machado (2000) consideram um equívoco a tendência da prática clínica em desvalorizar o procedimento diagnóstico da personalidade e assinalam as possíveis conseqüências desse posicionamento no que se refere à eficácia clínica e ética. Atribuem como conseqüência o risco de que a aplicação de intervenções terapêuticas tenham resultados ineficazes ou mesmo prejudiciais, na medida em que desconhecem as condições psicopatológicas presentes no caso.

A valorização de uma etapa diagnóstica inicial é sustentada por estudiosos como Arzeno (1995) que a considera indispensável no trabalho clínico, como base da orientação vocacional e profissional, da perícia forense, trabalhista e outras. Insiste em sua importância independentemente dos recursos científicos empregados em seu processo. Admite essa prática como indispensável para podermos responder sobre o que está ocorrendo com o paciente, qual a causa e qual a nossa resposta ao pedido que nos foi solicitado. Alerta para o risco de se iniciar um tratamento sem o conhecimento prévio do que esta acontecendo, incluindo aqui o compromisso clínico de que podemos tratá-lo e o compromisso ético de realizar algo com conhecimento de causa. Embora não sejam aspectos controlados legalmente, são imprescindíveis no contexto profissional.

A significativa importância do processo psicodiagnóstico é apontada por Santiago (1995) que o define como a primeira modalidade de atendimento psicológico que o indivíduo busca ao romper seu *status quo* psíquico. Refere essa importância não apenas pela conclusão diagnóstica, mas também pela equidade quanto às dificuldades do paciente e o acolhimento que pode ter na relação com o psicólogo.

Considerando-se as peculiaridades da clínica psicanalítica, que não se vale dos referenciais externos exigidos pela pesquisa objetiva do método científico, a complexidade da tarefa diagnóstica nos parece reforçada. Prizskulnik (2000) defende, neste caso, a necessidade do profissional balizar seu trabalho estabelecendo um diagnóstico, ainda que preliminar, pois leva em conta a impossibilidade de defini-lo sem um certo tempo de tratamento.

Especificamente sobre o papel do psicodiagnóstico na justiça, Rovinski (1999) o coloca como elemento sempre relacionado a questões que são levantadas pela lei e aponta ainda sua função de subsidiar com maior qualificação ações como o acompanhamento de medidas sócio-educativas, aplicação de penas alternativas, guarda de filhos, imputabilidade ou capacidade para o trabalho e, mais recentemente, a especificação de danos psicológicos para o ressarcimento.

Alguns pesquisadores igualmente destacam a importância da avaliação psicológica e, mais ainda, dedicam-se notoriamente a essa temática, como Cunha (1995; 2000); Arzeno (1995); Trinca (1983; 1984), entre outros.

Trinca (1983) registra o diagnóstico psicológico como imprescindível para o psicólogo clínico, pois mesmo os que o consideram desnecessário, muitas vezes, sem que percebam claramente, formulam *pensamentos diagnósticos*. (p.9).

#### **a. O uso do termo:**

Embora consolidada enquanto uma prática do psicólogo, essa própria prática faz uso de diferentes terminologias para denominar o diagnóstico. Na maioria das vezes são termos utilizados como sinônimos: *exame psicológico, análise do comportamento, diagnóstico psicológico, psicodiagnóstico, diagnóstico da personalidade, avaliação psicológica ou estudo de caso*.

Evidentemente cada um desses termos será aplicado em conformidade com o referencial teórico-técnico metodológico do profissional. Embora não seja esta a preocupação principal deste trabalho, parece conveniente que se apresente um diferencial na utilização de tais conceitos.

O conhecimento e a atuação dos psicólogos estão fundamentados em teorias psicológicas, mais comumente chamadas de abordagens. Cada uma dessas abordagens definiu seu objeto e conseqüentemente os seus próprios métodos para estudá-lo, sendo

algumas, como sabemos, mais calcadas nos princípios das Ciências Humanas e outras mais voltadas para as Ciências Naturais.

No caso da avaliação psicológica, estabelecida como uma prática realizada exclusivamente por psicólogos, como determina o Conselho Federal de Psicologia<sup>3</sup>, observam-se diferenças importantes, levando-se em conta as diversas abordagens que compõem a ciência psicológica.

A variedade no emprego do termo recomenda a necessidade de que seja explicitado qual o fenômeno que se deseja estudar, que métodos serão empregados nesse estudo e sob quais referenciais teóricos fundamentaremos nossa compreensão.

A importância de se entender não apenas as teorias e as técnicas, mas também a relação entre as duas, é ressaltada por Pervin (1978). Uma determinada abordagem psicológica deve ter íntima relação com os meios que utiliza para obter informações. Caso isto não ocorra, os dados obtidos tornam-se irrelevantes e sem significado. Diferentes teorias de personalidade tendem a indicar diferentes técnicas de avaliação da personalidade e a diferentes tipos de observação do indivíduo, argumenta o autor.

Ancona-Lopez (1984) ao discutir o sentido do termo *diagnóstico*, apresenta a origem grega da palavra (*diagnōstikós*) referindo-a como a faculdade de conhecer, de ver através de. Portanto, compreender um fenômeno é semelhante a diagnosticá-lo e obteremos maior segurança nesse diagnóstico, na medida em que fizermos uso de todos os recursos teóricos-técnicos que dispomos.

Como ressalta a autora, nem todos os conhecimentos disponíveis são passíveis de serem aplicados a todos os fenômenos estudados. No entanto, caso se trate de um objeto comum a diversas ciências, este sim, poderá beneficiar-se de seus conhecimentos. Tal prática certamente permite a obtenção de um maior conjunto de

---

<sup>3</sup> Lei no. 4119 de 27 de Agosto de 1962.

dados e, como consequência uma integração que enriquece nossa compreensão diante de um fenômeno a ser estudado. Como é o caso da Psicologia, que se encontra em lugar singular, pois enquanto ciência se inscreve tanto no âmbito das Ciências Humanas, e nesse sentido é norteadada pela Filosofia, como no domínio das Ciências Naturais, voltando-se assim para a vertente da Biologia.

A partir dessa discussão, podemos então, ao avaliar um determinado fenômeno, considerar os conhecimentos advindos das outras ciências. Contudo, tratando-se de um fenômeno psicológico, avaliado por um profissional psicólogo, este não poderá prescindir dos recursos teórico-metodológicos da Psicologia. Conforme afirma a autora:

*“... ainda que empregemos dados de outras ciências, ao tratarmos das funções do psicólogo, estaremos sempre nos referindo ao conjunto de fenômenos possíveis de serem estudados pela Psicologia e ao conjunto de conhecimentos psicológicos que se desenvolveram a partir do estudo desses fenômenos. De fato, o objeto de estudo, os conhecimentos e métodos utilizados caracterizam nosso trabalho, delimitam nosso campo de competência e permitem que se desenvolva nossa identidade profissional”* (ANCONA-LOPEZ, 1984. p. 2).

Diante das diferentes áreas da ciência que se encontram na Psicologia, a autora busca esclarecer como cada abordagem concebe sua forma de avaliar um fenômeno, facilitando a visualização da correspondência entre a abordagem psicológica e o termo utilizado para a prática diagnóstica.

A partir da concepção positivista, Ancona-Lopez (1984a) aponta os modelos de diagnóstico orientados pelo conhecimento objetivo, como o modelo behaviorista, que enfatiza os aspectos observáveis do comportamento, testa suas

hipóteses a partir de referenciais externos, aplicando uma metodologia baseada na observação imparcial e na experimentação.

Sobre esse modelo, Pervin (1978) explica o comportamento como resultado de forças externas do ambiente que podem aliciá-lo ou reforçá-lo. A ênfase localiza-se nas variáveis isoladas, nos comportamentos finais específicos. O interesse da avaliação está no comportamento em si, ou seja, os dados obtidos são amostras diretas de comportamento em situações específicas. A coleta de dados, fidedignos e objetivos, associa a avaliação à pesquisa empírica.

Ainda discutindo o modelo comportamental, Trinca (1984) postula como sendo prioritários os dados da observação objetiva, excluindo apreciações a respeito do mundo interno, priorizando o uso de noções desenvolvidas pela Psicologia Experimental.

Sendo assim, os behavioristas desenvolveram uma linguagem específica e utilizam termos como “*levantamento de repertório*” ou “*análise do comportamento*”, os mais representativos da idéia geral que caracteriza este modelo.

O modelo médico, no entanto, preocupado com a detalhada descrição dos comportamentos patológicos do indivíduo, igualmente inserido no conhecimento objetivo, aplica o termo “*diagnóstico psicológico*”. Referimos que, possivelmente estejam valendo-se do emprego tradicional dessa expressão pela Medicina, como o “*diagnóstico psiquiátrico*” (ANASTASI; URBINA, 2000).

Atribui-se à expressão *diagnóstico*, uma origem médica, como observa Prizskulnik (2000), ressaltando tratar-se de um modelo que realiza o diagnóstico com base na objetividade, quantificação e na generalização. O objetivo é buscar a eliminação, o alívio ou a cura dos sintomas, por meio de procedimentos que envolvem provas organizadas, pesquisas científicas e padronizadas.

Corroborar essa conceituação a definição de Cronbach (1996), quando associa o diagnóstico, em um sentido mais crítico, à escolha de uma série de rótulos que melhor se ajustem ao transtorno ou à incapacidade do indivíduo. O autor, no entanto, também indica um sentido mais amplo para o termo, considerando-o ainda como um entendimento sobre as dificuldades do indivíduo e, na medida do possível, sobre suas origens.

Destaca-se a transposição da visão médica, tradicionalmente centrada em detectar características negativas, deficiências ou patologias, para o diagnóstico psicológico. Trinca (1984) caracteriza este modelo afirmando que:

*“a visão médica, que impregna o diagnóstico psicológico neste processo, toma a vida emocional em termos similares àqueles empregados para o organismo, ou seja, um objeto concebido como doente, próprio para ser manipulado, dissecado, tratado etc. A conduta do psicólogo, como, tradicionalmente, a do médico, é despersonalizar-se para não prejudicar a coleta de informações e o pensamento clínico”*  
(TRINCA, 1984. p. 15).

Ainda no contexto da objetividade, temos o modelo psicométrico fundamentado na existência de características genéricas, de ordem genética ou constitucional, no comportamento. Ancona-Lopez (1984) apresenta-o como voltado para o estabelecimento de diferenças individuais, por meio da aplicação de testes de capacidade intelectual, aptidões e funções cognitivas visando selecionar, mensurar e classificar indivíduos, especialmente crianças com dificuldades escolares.

O cliente, neste caso, é colocado em uma situação padronizada e o escore obtido por seu desempenho expressará seu comportamento. O termo “*medida*”, apropriado a este modelo, tem conotação de registro de um fragmento específico e limitado de comportamento (PERVIN, 1978).

O psicólogo situa-se como um “*simples aplicador e avaliador de testes, cuja finalidade é auxiliar o trabalho de outros profissionais*”, afirma Trinca (1984), concluindo que o profissional toma contato com aspectos parciais da personalidade do cliente, evitando um maior compromisso com sua vida pessoal e afetiva, prejudicando uma integração global. Entendemos que essa atitude esteja diretamente ligada à necessidade da objetividade enquanto uma característica imprescindível a esse modelo.

Observa-se a proximidade entre o modelo psicométrico e o modelo behaviorista, na medida em que a construção e a aplicação das provas psicométricas dependem de uma série de procedimentos que, segundo Pain (1992), são elaboradas pelo método advindo da Psicologia Experimental, ou seja, buscam manter constantes as condições materiais da situação de prova e observar as variáveis no rendimento dos sujeitos. Ao medir uma variável, como maturidade, nível de inteligência ou uma determinada aptidão, procuram controlar as variáveis intervenientes que poderiam alterar a homogeneidade da amostra, como por exemplo, a idade do participante, a escolaridade, o nível sócio-econômico.

Recomenda ainda a autora que as normas resultantes e as pontuações obtidas só poderão ser aplicadas a populações cujas condições sejam as mesmas daquelas que compuseram a amostra.

Pain (1992) igualmente entende que o modelo psicométrico apenas pode encontrar sentido se inserido em uma teoria mais ampla e compreensiva da conduta humana. A autora qualifica o modelo como método de investigação estatística do comportamento e afirma que, embora as provas mentais sejam excelentes instrumentos para definir tendências no rendimento dos indivíduos, não são suficientes para explicar os mecanismos envolvidos nesses processos.

Neste caso, embora não haja referências explícitas à expressão mais comum a este grupo de profissionais, “*avaliação psicológica*” parece ser o sentido mais empregado, tomando-se como base a clássica obra de Anastasi e Urbina (2000) na qual empregam esse termo para referirem-se à visão psicométrica da testagem psicológica.



Já a expressão *exame psicológico*, é igualmente associada à avaliação psicológica, referindo-se aos procedimentos utilizados principalmente no âmbito organizacional para fins de seleção de pessoal, concursos públicos e habilitação para motorista. Neste último caso, a expressão é entendida como um sinônimo de *psicotécnico*, tanto para leigos, quanto para muitos psicólogos. Justifica-se esta relação, pois antes mesmo de a profissão de psicólogo existir no Brasil, técnicos ocupavam-se de administrar esses exames (ALCHIERI; CRUZ 2004).

A suposta distinção entre aspectos clínicos e seletivos, além de não fundamentada, gera a utilização de expressões como *psicodiagnóstico* e *psicotécnico*, argumentam os autores. Para eles, a diferenciação não se explica no plano conceitual, mas sim, no plano valorativo, uma vez que os honorários taxados para a realização do psicodiagnóstico são o dobro do psicotécnico.

O conhecimento subjetivo é apontado por Ancona-Lopez (1984), como que implicado pela visão filosófica do homem, valoriza a relação entre sujeito e objeto de estudo, a intencionalidade e a subjetividade. Como modelos originados dessa concepção temos o humanista que descarta a utilização de diagnósticos e de testes como procedimentos técnicos, creditando a compreensão do cliente a partir do relacionamento estabelecido na psicoterapia ou aconselhamento. Conseqüentemente, neste caso, não podemos falar, pelo menos diretamente, em etapa diagnóstica.

A perspectiva do psicodiagnóstico na abordagem fenomenológica-existencial atenua os limites entre a fase diagnóstica e a interventiva, afirma a autora, pois apesar de utilizarem procedimentos e técnicas advindas de outras abordagens, são consideradas enquanto estratégias, não apenas para estudar o caso, mas para junto dele estabelecer conclusões e promover o desenvolvimento.

Segundo Cupertino (1995) a participação do cliente em seu próprio processo de avaliação decorre do envolvimento de ambos, cliente e psicólogo, na tarefa de construir os sentidos da existência do cliente. O modelo é conseqüência do encontro

entre esses dois participantes, o profissional e o cliente, situados um em relação ao outro. Em decorrência dessa característica, é também denominado de psicodiagnóstico colaborativo ou interventivo (YEHIA, 2004).

Augras (1981) ao apresentar a fenomenologia da situação de psicodiagnóstico esclarece que o existir e o co-existir do indivíduo se constroem dialeticamente. Portanto, ele não será avaliado em relação a um modelo, mas o processo irá identificar em qual momento de sua existência o paciente se encontra e que elenco de significados constrói em si, no mundo das inter-relações e na realidade.

*“... estabelecer o diagnóstico é identificar em que ponto desse processo se encontra o indivíduo, detectar as eventuais áreas de parada ou de desordem, e avaliar as suas possibilidades de expansão e de criação. Estará longe este diagnóstico da simples rotulagem, mas escapará também da pura descrição das tensões internas que, não raro, se perde no vazio das interpretações estereotipadas” (AUGRAS, 1981. p.12).*

Assim, falam de “*psicodiagnóstico*” ou “*diagnóstico psicológico*” tentando diferenciá-lo do conceito de avaliação e de estudo de caso, pois, para esses estudiosos, tais termos não refletem a prática realizada.

Em uma ótica psicanalítica o termo mais comumente encontrado é também “*psicodiagnóstico*” ou “*diagnóstico psicológico*”, buscando compreender o comportamento do indivíduo a partir da explicitação de sua singularidade através do conceito de inconsciente. A instrumentação técnica aplicada a esse modelo diagnóstico foi utilizada em função da leitura das relações transferenciais privilegiando-se as entrevistas e os recursos para o estudo da personalidade.

Ainda na perspectiva psicanalítica, Brauer (2000) se refere à expressão *diagnóstico*, como um termo cuja origem está na Medicina e na Patologia. A autora debruça-se sobre essa expressão, ressaltando a necessidade de resignificá-la a partir das

contribuições psicanalíticas, direcionando-a para a singularidade do sujeito. A superação dos quadros patológicos, tão valorizados na área médica, vão dando lugar à individualidade de cada caso.

Prizskulnik (2000) discute o processo diagnóstico e de tratamento ao examinar a maneira como cada profissional se posiciona frente ao sintoma de um paciente. Como é de interesse deste trabalho, vamos nos deter à fase diagnóstica.

A origem médica da expressão é ressaltada pela autora como imprescindível no momento em que se pretende pensar numa clínica diferente daquela estabelecida pela Medicina. Apesar de dedicar seu estudo à caracterização das peculiaridades dessa prática, registra as palavras “*diagnóstico*” e “*psicodiagnóstico*” abordando-as na ótica do referencial psicanalítico e distinguindo-as da dimensão médica.

O termo *psicodiagnóstico* é freqüentemente associado à atuação clínica e caracterizado como um processo com prazo definido para encerrar-se, cuja finalidade é o encaminhamento do paciente para o tratamento psicoterapêutico específico. Desse modo está relacionado à avaliação psicológica (SILLAMY, 1998).

O trabalho desenvolvido por psicólogos clínicos em situação de diagnóstico individual é chamado por Trinca (1984) de “*psicodiagnóstico*”. Da mesma forma, não observamos uma diferenciação entre a aplicação das expressões “*diagnóstico psicológico*” e “*psicodiagnóstico*” pesquisando a sua vasta produção sobre essa temática.

No entanto, o autor, ao tratar das técnicas de investigação clínica da personalidade, atribui ao termo “*diagnóstico da personalidade*” a condição de constituir-se numa categoria, ainda que bastante abrangente, do contexto do diagnóstico psicológico.

Ainda na esfera psicanalítica, Cunha (1999) refere-se ao “*psicodiagnóstico*” como sendo uma avaliação psicológica num enfoque clínico, voltada para a identificação de forças e fraquezas no funcionamento psicológico.

Diferencia-o de outros tipos de avaliação psicológica de diferenças individuais, pois estaria focado na presença ou não de uma determinada psicopatologia. A avaliação psicológica, quando inserida numa ótica clínica, comumente combina estratégias quantitativas (instrumentos psicométricos), qualitativas (entrevistas, técnicas projetivas, entre outras) e julgamento clínico para a formulação das hipóteses diagnósticas. Após um estudo referente à singularidade do indivíduo, poderemos concluir sobre suas similaridades e suas diferenças.

Outras referências são concordantes com o emprego das expressões “*diagnóstico psicológico*” ou “*psicodiagnóstico*” para essa atividade quando orientadas por abordagens ligadas ao conhecimento subjetivo (OCAMPO *et al.*, 1985; MANNONI, 1981; ABERASTURY, 1989; ANCONA-LOPEZ (Org.), 1995; ARZENO, 1995; CUNHA *et al.*, 2000).

Contudo, essa conformidade nem sempre é partilhada pelos pesquisadores, mesmo quando integrantes de um referencial teórico comum. Realizar um *diagnóstico psicológico*, para Arzeno (1995), não significa necessariamente fazer um *psicodiagnóstico*, pois o termo implicaria automaticamente à administração de testes psicológicos, que nem sempre são convincentes ou mesmo necessários.

A preocupação da autora atribuindo ao uso dos testes o diferencial para os termos parece já discutida, pois tem sido uma preocupação recorrente na área, a cautela com relação ao testes psicológicos no diagnóstico.

A aplicação de testes individuais ou de outros instrumentos de avaliação psicológica requer, do psicólogo, habilidades especiais, além de uma cuidadosa combinação de características que envolvem a observação da história do caso, o objetivo da avaliação e os escores obtidos pelo paciente. Caberá ao clínico competente proteger-se das generalizações obtidas a partir dos escores dos testes, em especial dos psicométricos. Isso pode, em parte, justificar o fato de muitos profissionais ainda utilizarem testes cujo valor psicométrico é questionável, pois como explicam Anastasi e Urbina (2000), estes ofereceriam ao clínico alguns indicadores sobre o caso. O perigo,

advertem as autoras, estaria em ignorar as limitações do instrumento e confiar nos resultados mais do que o justificado.

Estão presentes na prática diagnóstica alguns outros termos como “*medida*”, “*testes*” e “*avaliação*”.

Em sentido mais geral, Ferreira (1995) define “*medida*” como sinônimo de grau, padrão, limite ou um meio de comparação e julgamento. Podemos associar tal definição ao modelo psicométrico, como foi anteriormente descrito.

Para Alchieri e Cruz (2004) toda e qualquer avaliação pressupõe o uso da linguagem matemática, pois é uma forma de comparação entre um objeto e outro. Através da medida, é possível observar e avaliar, de maneira mais objetiva, os fenômenos e os processos psicológicos. Afirmam que as teorias explicativas do comportamento justificam a necessidade da medida para os fenômenos psicológicos.

Freqüentemente, “*avaliação psicológica*” tem sido associada a “*medida psicológica*”. Segundo Guzzo e Pasquali (2001), é um equívoco levou igualmente a associar-se laudo psicológico ao resultado de um teste, comprometendo assim o planejamento de políticas no que concerne a formação, em Psicologia, na área de avaliação. Logo, o estudo isolado de Técnicas de Exame Psicológico é diferente do estudo da Avaliação Psicológica, que seria então o resultado de um processo de avaliação.

O termo “*teste*” é definido por Ferreira (1995) como exame, verificação ou prova para determinar a qualidade, a natureza ou o comportamento de alguma coisa ou de um sistema, sob certas condições. No sentido psicológico refere-se a medida ou cálculo de determinadas características afetivas, intelectuais, sensoriais, ou motoras de um indivíduo. O teste permite situar o indivíduo objetivamente em relação a outros membros do grupo social a que ele pertence.

Para Pervin (1978) é um instrumento padronizado visando à aquisição de informações sobre diferentes aspectos do comportamento. Trata-se de um procedimento sistemático, segundo Cronbach (1996), destinado a observar e descrever o comportamento por meio de uma escala numérica ou em categorias fixas.

A definição de Anastasi e Urbina (2000) mostra-se mais completa, pois o apresenta como sendo essencialmente uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento. São usados na Psicologia como em qualquer outra ciência, na medida em que partem da observação de uma pequena, porém cuidadosamente constituída, amostra do comportamento de uma pessoa.

Já o termo “*avaliação*” entendido como uma palavra mais ampla do que “*teste*”, ou seja, como sinônimo de apreciação, de análise de causas e merecimentos. (FERREIRA 1995).

Pervin (1978) o entende como um procedimento que envolve a coleta de uma variedade de informações sobre um indivíduo e tem como finalidade obter uma compreensão significativa de sua personalidade.

Acrescenta Cronbach (1996) que o procedimento de avaliação de um indivíduo levará em consideração os testes, juntamente com a história do caso e as entrevistas. O procedimento visa obter um julgamento sobre a saúde mental de um indivíduo ou mesmo sua adequação para uma determinada atividade, a partir da integração de várias peças de informação. Para ele, é possível destinar-se também ao estudo de um grupo ou de uma situação.

Esses termos são baseados em conotações advindas das abordagens clínica e empírico-estatística. Evidentemente os clínicos aproximam-se dos procedimentos de avaliação, enquanto que os empiristas, ou seja, aqueles pesquisadores que atuam em situação de laboratório, tendem a se associar à mensuração da personalidade (PERVIN, 1978).

*“A base para tais associações se esclarecerá ao analisarmos as diferentes abordagens atualmente existentes de observação da personalidade. Nesses termos é importante reconhecer que todos os testes, mensurações e técnicas desta área compartilham de certas características comuns. Todos eles tentam chegar a observações significativas sobre a personalidade e compartilham de certos objetivos científicos em comum em relação a essas observações”* (PERVIN, 1978, p. 31).

A expressão *“avaliação psicológica”*, contudo, não tão presente nas obras clássicas, talvez se constitua na forma mais recentemente utilizada. Parece-nos aqui que, ao falarmos de avaliação psicológica estaríamos igualmente tratando de um processo composto por etapas das mais diversas fontes.

O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde explica *“avaliação psicológica”* como a avaliação do paciente ou cliente por meio de entrevistas, observações ou testes psicológicos para avaliar personalidade, ajustamento, habilidades, interesses, funcionamento cognitivo ou funcionamento em outras áreas da vida. Cabe-nos aqui observar o privilégio ao caráter estratégico contido na referida explicação, pois a ênfase recai sobre *“como”* proceder para avaliar o paciente ou cliente.

Cunha (2000) afirma que *“avaliação psicológica”* é realizada pelos psicólogos de modo geral, pois é um conceito muito amplo. Já *“psicodiagnóstico”* é uma das tarefas dos psicólogos clínicos. Em outras palavras, o psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica realizada a partir dos objetivos clínicos.

Concordando com esse esclarecimento, Guzzo e Pasquali (2001) afirmam que atualmente a expressão *“avaliação psicológica”* vem sendo utilizada em substituição a *“psicodiagnóstico”*, mudança ocorrida por tratar-se de um termo mais abrangente e usado em diferentes campos de atuação do psicólogo.

Esse panorama geral sobre o conceito de avaliação psicológica focaliza, em certos momentos, a discussão do processo diagnóstico sob o predomínio da questão metodológica. De um lado temos o método quantitativo, quando associado à análise de aspectos mais gerais de um determinado grupo (caráter nomotético), e do outro, o método qualitativo, mais voltado às abordagens que buscam a compreensão da singularidade do indivíduo (caráter ideográfico).

Afastando-nos da polêmica que permeia essa argumentação, apontamos para a necessidade de conhecer os objetivos pretendidos e, a partir daí, considerar a importância desses dois extremos. Conforme Casullo (1997),

*“É importante também assinalar a esterilidade da oposição entre o uso de dados qualitativos e quantitativos como constituintes de paradigmas epistemológicos excludentes. Os dados que utilizamos em nossas práticas profissionais, seja na investigação ou na ação, são construídos a partir do uso de determinados modelos. Na tarefa de construção de tais dados, que podem ser tanto do tipo quantitativo (...) ou qualitativo (...), recorreremos a diversas técnicas que, em si mesmas, não são boas nem más, nem verdadeiras nem falsas. Toda técnica de avaliação psicológica é uma ferramenta mediadora entre o modelo teórico (...) e os fenômenos empíricos que tentamos compreender” (CASULLO, 1997. p.10).*

O presente estudo, que pretende ocupar-se deste tema, concentrar-se-á na expressão *avaliação psicológica*, tomando como referência a amplitude dessa expressão e a similaridade com outros termos mais recorrentes, como *processo psicodiagnóstico* ou *diagnóstico psicológico*. Nossa escolha deve-se a possibilidade de se compreender um determinado fenômeno, ou seja, diagnosticá-lo, a partir de métodos e procedimentos originários de diferentes abordagens ou mesmo de diferentes ramos do conhecimento.



**b. A definição de avaliação psicológica:**

Identificamos em muitas das definições de *avaliação psicológica* ou *diagnóstico psicológico* que se trata de um processo mais abrangente do que a simples combinação de resultados de testes e que busca a compreensão de um fenômeno psicológico, seja ele individual ou grupal. Os mais diversos pesquisadores nos trazem definições desse processo. Assim, ao falar de *avaliação psicológica*, Anastasi e Urbina (2000) investigam o envolvimento de vários segmentos profissionais, como a seleção de pessoal e o laudo forense, entre outros. Interessa-nos aqui a avaliação psicológica no âmbito da atuação em diagnóstico.

As autoras apontam como sendo uma das principais características da avaliação o seu foco no estudo intensivo de um ou mais indivíduos, seja casal ou ao grupo familiar, utilizando múltiplas fontes de dados. Esse processo geralmente tem como atributo ajudar na tomada de decisões referentes ao diagnóstico diferencial, à seleção de carreira, a recomendações de tratamento, à culpabilidade e a muitas outras questões de ordem prática.

A avaliação psicológica é um processo que, mediante um determinado enfoque teórico, explícito ou implícito, procura analisar um fenômeno real ou simbólico, em seus aspectos manifestos e/ou latentes. Toda avaliação tem como finalidade categorizar, comparar, analisar ou contrastar dados quantitativos ou qualitativos, obtidos através de diversas técnicas (CASULLO, 1996).

A clássica obra de Ocampo *et al.* (1985) apresenta de modo mais detalhado o objetivo do processo, que a autora denomina *psicodiagnóstico*, enfatizando a necessidade de esclarecer a dinâmica do caso integrando-o num quadro global, além de simplesmente mencionar seus elementos constitutivos.

*“... uma situação com papéis bem definidos e com um contrato no qual uma pessoa (o paciente) pede que a ajudem, e outra (o psicólogo) aceita o pedido e se compromete a satisfazê-lo na medida de suas possibilidades. É uma situação bi-pessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar), de duração limitada, cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar”* (OCAMPO *et al.*, 1985, p. 17).

Possivelmente esta seja a definição que mais se aproxima da prática diagnóstica para a maioria dos profissionais e pesquisadores, especialmente os que adotam um referencial psicodinâmico. Sua relevância não dispensa a necessidade de considerarmos os aspectos passados, presentes e futuros, bem como a sintomatologia, as características da indicação e os aspectos patológicos e adaptativos, a fim de obter um panorama, o mais preciso e completo possível, do caso estudado.

A obtenção de tais objetivos dar-se-ia mediante a utilização de entrevistas e técnicas, principalmente as projetivas. A formulação de recomendações terapêuticas na fase devolutiva converge para uma gama de possibilidades que vão desde a psicoterapia, breve ou prolongada até o sexo do terapeuta, a estratégia grupal ou individual, a indicação ou não de tratamento medicamentoso, entre outros.

Grassano (1996) ao ampliar a área de investigação diagnóstica e prognóstica sobre testes projetivos, concebe o psicodiagnóstico como um processo dinâmico e, embora insira seu trabalho no momento da elaboração das etapas diagnósticas, reafirma a definição apresentada anteriormente na obra da qual é co-autora juntamente com Ocampo *et al.*(1985). A autora justifica seu posicionamento como produto de sua vasta experiência como clínica e como docente desde 1961.

Para Arzeno (1995) haveria quatro finalidades no psicodiagnóstico. Primeiramente, estabelecer o diagnóstico, ou seja, explicar o que ocorre com o paciente,

além daquilo que ele mesmo pode conscientemente comunicar ao psicólogo. Adverte a autora que “*explicar o que ocorre é diferente de colocar rótulos*”. Uma segunda utilidade seria como meio de se avaliar a evolução do tratamento, apreciar os avanços terapêuticos. Em outro item, aponta-o como forma de favorecer a comunicação entre o psicólogo e o paciente, facilitando para que esse último adquira consciência de seu sofrimento e conseqüentemente assuma uma atitude de cooperação para com seu próprio processo terapêutico.

Finalmente, a autora se refere ao psicodiagnóstico como recurso para investigação, ou como recurso para criar novos instrumentos, especialmente para investigação da personalidade, e que estes possam ser incluídos na tarefa diagnóstica ou ainda como uma investigação planejada a partir das necessidades psicopatológicas identificadas na demanda.

A definição de psicodiagnóstico como um processo científico é defendida por Cunha (2000) porque parte de um prévio levantamento de hipóteses que serão ou não confirmadas por meio de etapas predeterminadas e objetivas. Tais etapas compreendem a aplicação de testes e de técnicas psicológicas visando à identificação e avaliação de aspectos específicos, à classificação e possível previsão sobre o caso.

O objetivo do processo depende do grau de complexidade da demanda, conclui a autora. É possível haver um ou mais objetivos, como a classificação simples, quando compara a amostra do comportamento do indivíduo com os resultados obtidos por outros sujeitos. É o caso da avaliação do nível intelectual, na qual o examinando responde a testes pertinentes a sua idade cronológica e grau de escolaridade e seus resultados serão consultados em tabelas e fornecerão dados quantitativos que classificarão seu desempenho. Uma tarefa mais voltada para um psicometrista do que para um psicólogo clínico como argumenta Cunha (2000).

A descrição do caso vem a ser outro objetivo diagnóstico e, para isso, o psicólogo vai além da classificação, pois interpreta as diferenças de escores e descreve o desempenho do paciente partindo da análise intra e interteste. Aponta também para a

classificação nosológica que utiliza referências diagnósticas para testar hipóteses iniciais.

Considerando-se que os testes psicológicos são de competência exclusiva dos psicólogos, esta proposta diagnóstica freqüentemente não utiliza testes, pois é realizada também por psiquiatras em clínicas especializadas no exame das funções de Ego ou do estado mental do paciente. Assim, para atender a estes objetivos integram-se dados relativos à história de vida e história clínica do paciente.

O diagnóstico diferencial, prossegue Cunha (2000), se constitui numa outra finalidade diagnóstica e examina o quadro sintomático a partir das irregularidades, das inconsistências e dos resultados dos testes, a fim de diferenciar as possibilidades diagnósticas de modo similar à classificação nosológica.

A avaliação compreensiva, igualmente apontada pela autora, se refere à descrição do funcionamento da personalidade, da indicação terapêutica e do progresso do caso, por meio da análise das funções do ego e do sistema de defesas. Observamos que, neste caso, envolve também uma classificação na medida em que define o nível de funcionamento egóico e a indicação terapêutica.

Esse entendimento dinâmico, bem como a avaliação compreensiva, enfoca a personalidade de maneira global, argumenta Cunha (2000). Os aspectos comportamentais são explicados numa dimensão mais profunda, pressupondo a integração de dados psicodinâmicos e conflitos, com uma base teórica, havendo maior inferência do raciocínio clínico.

Cunha (2000) apresenta ainda a prevenção como finalidade diagnóstica, enfatizando a identificação precoce dos problemas com a avaliação de riscos, das forças e fraquezas do Ego e da capacidade para enfrentar situações novas. Assim, é importante para fundamentar processos preventivos e pode ser adotada por uma equipe de profissionais de saúde. O prognóstico é uma modalidade que tem como alvo o possível percurso e as condições capazes de ter influência no caso estudado.

Também nesse caso estamos diante de uma demanda que não é privativa do psicólogo. A perícia forense subsidia processos voltados à identificação de competências para o exercício profissional, identificação de patologias, de insanidade, de incapacidades, entre outras. Necessita de objetividade e precisão na formulação das conclusões e comumente o psiquiatra é o profissional nomeado para essa perícia.

Em uma perspectiva psicanalítica, Aiello-Vaisberg e Machado (2000) valorizam a etapa diagnóstica inserida nesse conhecimento e afirmam que psicodiagnóstico:

*“...consiste na realização de discriminações que visam, primordialmente, orientar intervenções psicoterapêuticas e psicoprofiláticas. Ou seja, a nosso ver, o psicodiagnóstico só tem sentido no contexto de uma prática psicológica, pois existe um vínculo essencial entre o tipo de discriminação diagnóstica apreendida e o tipo de operação interventiva que se pretenda aplicar à questão” (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2000. p. 34-35).*

É possível observarmos que essa definição se volta mais para o que será feito com as discriminações identificadas ao final do psicodiagnóstico, ou seja, como será orientada a prática clínica, mais do que para a necessidade de ampliar a dimensão dos vetores de análise, como sugere Trinca (1984).

O primeiro contato com o paciente, ou com seus responsáveis, ou mesmo com quem o encaminhou, até o desligamento final do caso, afirma o autor, compõe o contexto do psicodiagnóstico. Sendo assim, a seqüência das fases que se estabelece para a realização do processo psicodiagnóstico é igualmente valorizada como um de seus

elementos mais importantes, pois são passos orientados por referenciais teóricos e técnicos.

O autor define o tipo de diagnóstico que utiliza como compreensivo, ou seja, reforçando a necessidade do profissional posicionar-se a partir de suas próprias habilidades clínicas, neste caso conseqüências de seu contato com a vida mental. O modelo compreensivo para Trinca (1984) surge da necessidade de se abarcar a multiplicidade de fatores que envolvem cada caso estudado e o designa como:

*“(...) uma série de situações que inclui, entre outros aspectos, o de encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém” (TRINCA, 1984. p.15).*

Este modelo parece sustentar as pretensões do presente estudo, especialmente quando o autor afirma que, mesmo contendo partes de outros modelos, leva em conta a natureza específica da tarefa diagnóstica.

### **c. As etapas do processo de avaliação psicológica:**

A necessidade de estruturar o procedimento para aparelhar a prática diagnóstica nos parece fundamental e implica igualmente uma concepção de psicodiagnóstico. Essa necessidade que claramente aparece nas abordagens psicodinâmicas, nas psicanalíticas especialmente, não é seguida pela fenomenologia-existencial, pois conforme nos comunica Augras (1981), as técnicas e procedimentos clássicos utilizados no psicodiagnóstico, advindos principalmente da psicanálise, são descritos e utilizados sob um prisma diferente, preocupando-se com a restituição da dimensão original do psicodiagnóstico, ou seja, localizar em que lugar da existência o

indivíduo se encontra e igualmente reconhecer o universo de significados por ele construído.

*“No campo do diagnóstico, objeto presente de nossa preocupação, a fala do cliente, nas entrevistas e nas provas, é a manifestação de sua realidade, e como tal será investigada. Através dela é que serão trazidas a lume as suas vivências: a sua história (o tempo), o seu corpo (o espaço), a sua estranheza (o outro), o seu fazer-se (a obra)” (AUGRAS, 1981, p. 25).*

Excetuando-se essa abordagem, outros pesquisadores reconhecidos na área da avaliação psicológica são unânimes em descrever os passos que organizam o processo psicodiagnóstico. É sobre estas etapas que nos ocuparemos a seguir.

As conclusões diagnósticas para Anastasi e Urbina (2000) são produtos da coleta, análise, integração dos dados comportamentais relevantes. Estabelecem o *rapport* como início do processo e o indicam como o momento no qual o psicólogo pode conseguir do cliente fatos pertinentes sobre sua história de vida que, de outro modo, não seriam tão facilmente obtidos. Esses dados serviriam de base para o entendimento do cliente, bem como para predizer seu comportamento subsequente. Quanto á entrevista clínica, as autoras acreditam que funciona como se fosse um teste ou mesmo uma simulação situacional. Neste sentido ofereceriam uma amostra do comportamento do cliente sob relativo controle das condições situacionais. Afirmam que:

*“No centro do processo de avaliação psicológica está uma seqüência contínua de geração de hipóteses e testagem de hipóteses acerca do caso. Cada item de informação - um evento registrado na história do caso, um comentário do cliente ou um escore de teste - sugere uma hipótese sobre o*

*indivíduo, que será confirmada ou refutada conforme outros fatos forem reunidos”* (ANASTASI; URBINA, 2000. p.413).

Essas informações, das entrevistas clínicas e da história de vida do cliente seriam posteriormente combinadas com os resultados obtidos nos testes definindo um quadro mais integrado do cliente (BEUTLER; BERREN, 1995). Deste modo, o risco de o clínico valorizar excessivamente os escores obtidos nos testes seria bem reduzido.

No entanto, justifica-se a larga utilização desses instrumentos, na medida em que o clínico hábil serve-se de seus resultados como indicadores de caminhos a serem ou não seguidos. Anastasi e Urbina (2000) advertem ainda sobre a atuação do clínico inexperiente que confia mais nos escores obtidos nos testes do que na contribuição de seu papel para a descoberta de fatos na situação interpessoal diagnóstica.

A obtenção dos dados a partir de uma única fonte, mesmo que seja bastante confiável pode levar o profissional a conclusões inexatas. Da mesma forma, as autoras se referem à aplicação de testes ou outros instrumentos como exigindo habilidades especializadas para seu uso, além da consideração às características e ao contexto da avaliação.

Qualquer que seja, a atividade relacionada à avaliação psicológica envolve *“julgamento do profissional baseado no conhecimento dos problemas e das populações em questão”* (ANASTASI; URBINA, 2000, p. 413) e, portanto, requerendo sempre a atuação de um profissional com habilidades específicas.

Atualmente, muitos profissionais e pesquisadores da área da avaliação psicológica preocupam-se com a contínua utilização de instrumentos, cujas propriedades psicométricas são precárias ou pouco comprovadas.

É sabido, no entanto, conforme apresentamos no capítulo anterior, o Conselho Federal de Psicologia vem agindo nessa área e, mais recentemente, vem



implementando ações para qualificar os procedimentos em torno da avaliação psicológica e da utilização de testes psicológicos, respondendo a uma manifestação expressa pela própria categoria.

A pesar do debate provocado pela necessidade de regularização, os testes psicológicos fazem parte do processo. Contudo, como salienta Adrados (1982) ao discutir as etapas do processo psicodiagnóstico, o profissional deve afastar-se da condição de “*testólogo*” (a expressão também foi utilizada por Ocampo *et al.* (1985) referindo-se ao profissional que faz uso excessivo de testes no processo psicodiagnóstico) e, ao mesmo tempo, não se deixar levar pela posição exclusivamente psicanalítica, fazendo uso de entrevistas abertas e desprezando a objetividade das técnicas. Em linhas gerais, na elaboração do psicodiagnóstico, afirma Adrados (1982), podemos ser objetivos e ao mesmo tempo dar maior ênfase aos aspectos positivos da personalidade do cliente. O objetivo do psicólogo não é o de investigar o que há de negativo no cliente, pois por maior que seja seu comprometimento emocional ou mesmo mental, ele tem recursos e devem ser examinados a partir desse ângulo.

Adrados (1982) procura organizar as etapas diagnósticas seguindo orientações básicas, comuns à maioria dos especialistas. São elas:

- a) primeiro contato com o paciente marcando a entrevista inicial;
- b) entrevista inicial com o paciente ou com seus responsáveis;
- c) planejamento das técnicas a serem administradas e das entrevistas a realizar;
- d) fase de exames e interpretação dos dados colhidos;
- e) transmissão dos resultados para o examinando e, em certos casos, para o examinando, pais ou responsáveis; e finalmente,
- f) elaboração do laudo diagnóstico e encerramento do processo.

De maneira semelhante, porém, mais condensada, Guzzo e Pasquali (2001) apontam os seguintes momentos como sendo os passos para um processo psicodiagnóstico:

- a) identificar o motivo da consulta, por meio de entrevista, e posteriormente selecionar, aplicar e interpretar os testes utilizados;
- b) integrar os dados obtidos na etapa anterior, solidificando-os;
- c) inferir levantando hipóteses explicativas para os dados colhidos;
- d) intervir comunicando os resultados ao interessado e/ou a seu responsável, sugerindo os encaminhamentos mais apropriados para o caso.

Ocupando-se mais diretamente do tema, Adrados (1982) recomenda que, salvo nos casos nos quais o requerente do laudo necessite de um diagnóstico diferencial ou preciso, devemos tentar não rotular nem classificar o indivíduo, mas sim, valorizar seus recursos de personalidade. Contudo aponta para a necessidade de clareza e objetividade na transmissão dos resultados. Entende que o paciente não é “*um caso*”, mas uma pessoa.

Aborda também a consciência que o psicólogo deve ter de que, ao receber o cliente para o psicodiagnóstico, será depositário dos problemas íntimos deste cliente mediante as sucessivas entrevistas ou, mesmo que indiretamente, por meio da aplicação de outros instrumentos. A autora conclui que o psicólogo deverá ter recursos de personalidade para elaborar e aprender a elaborar seus conteúdos e suportar a carga afetiva que lhe é depositada.

De modo menos detalhado, Ocampo *et al.* (1985), reconhece os momentos do processo psicodiagnóstico orientados pelos seguintes passos:

- a) *Primeiro contato com o cliente e entrevista inicial com o paciente:* caracteriza-o como sendo o momento de abertura, um primeiro contato telefônico, pessoalmente ou mesmo por intermédio de outra pessoa. Sugere que desde essa etapa inicial o enquadramento seja estabelecido.

Considera uma difícil tarefa na realização do psicodiagnóstico a percepção de qual é o enquadramento adequado para o caso. A autora preconiza a plasticidade e o cuidado para que não se estabeleça um enquadre que logo se torne insustentável.

- b) *A utilização das técnicas projetivas*: consiste na aplicação das técnicas previamente selecionadas e ordenadas de acordo com o caso, ajustando-a inclusive ao tempo que o psicólogo deve dispor para o estudo desse material.
- c) *O encerramento do processo por meio da devolução de informação ao paciente ou a seus pais e/ou responsáveis*: cabe aqui informar verbalmente ao paciente acerca do que pensamos que se passa com ele e também de orientá-lo, no sentido de quais seriam as atitudes mais recomendáveis possíveis para seu caso. Fundamenta a autora que a transmissão dessas informações é o objetivo básico da entrevista, e é necessário que seja uma devolução de informação diagnóstica e prognóstica, discriminada e dosificada, relacionada com as capacidades egóicas do cliente, pais e/ou responsáveis.
- d) *Elaboração do informe psicológico para o remetente*: refere-se à apresentação do material, sua análise e conclusões sobre um caso em particular. Quanto à forma e o conteúdo desse relatório, irá depender de quem o solicitou e do que foi solicitado.

A importância do procedimento descrito por Ocampo *et al.* (1985) é inquestionável, considerando-se os inúmeros estudiosos que, tomando-o como ponto de partida, diversificaram e enriqueceram a tarefa diagnóstica.

Entre esses estudiosos, Arzeno (1995) reformula e atualiza ao apresentar novas contribuições para o psicodiagnóstico clínico. Assim, ocupa-se em descrever pormenorizadamente as etapas desse processo, discriminadas a seguir:

- a) Solicitação da consulta pelo cliente até o contato pessoal com o psicólogo;
- b) Primeira(s) entrevista(s) na(s) qual (is) o psicólogo tentará compreender a construção da história do cliente e de sua família, identificando principalmente o motivo manifesto e o motivo latente da consulta, as defesas e ansiedades vividas pelo cliente e seu grupo familiar. Tecnicamente, a autora observa que o profissional deve guiar-se pelo que

vai surgindo na entrevista e não se valer de exaustivos inquéritos para coleta de dados;

- c) Levantamento de hipóteses iniciais visando o planejamento das etapas seguintes e à seleção dos instrumentos a serem utilizados. Exemplifica: a hora de jogo diagnóstica, entrevistas familiares, testes gráficos, verbais ou lúdicos. Para alguns casos, indica entrevistas vinculares com aqueles mais implicados na patologia do grupo familiar;
- d) Execução da estratégia diagnóstica anteriormente planejada. A flexibilidade é necessária nesta etapa, aponta Arzeno (1995), pois em alguns casos é preciso alterar o planejamento inicial. A experiência clínica do profissional e seu nível de análise pessoal serão aspectos relevantes para haver um constante ajuste entre a dinâmica do caso e o plano estabelecido;
- e) Estudo do material colhido visando a obtenção de um quadro global sobre o caso em questão. Diz respeito à busca de convergências e divergências, de significado de pontos obscuros ou de produções estranhas, de correlações entre os resultados e a história de vida do indivíduo e da família, integrando-os entre si. Afirma a autora:

*“Não se trata de um trabalho mecânico de montar um quebra-cabeça, mesmo tendo alguma semelhança com essa tarefa. É mais uma busca semelhante à do antropólogo e do arqueólogo (como foi muito bem comparada a tarefa do psicanalista por Freud) ou à de um intérprete de uma língua desconhecida pelo paciente e sua família cuja tradução ajuda a desvendar um mistério e reconstruir uma parte da história que desconhecem a nível inconsciente, mas que se refere a quando foi gerada a patologia” (ARZENO, 1995, p.15).*

Esta etapa é tida como a mais difícil e é possível que algumas incongruências ou contradições não fiquem claras, levando o profissional a deparar-se com sua própria onipotência no que diz respeito ao entendimento do material colhido. Alguns conteúdos poderão ser mais bem compreendidos quando na fase de tratamento, pois a comunicação entre consciente e inconsciente torna-se mais propensa e o paciente tem mais condições de suportar seus conteúdos.

- f) Entrevista de devolução de informação que, sugere Arzeno (1995), poderá ser uma ou várias, de forma lúdica ou verbal, a depender de como nos foi solicitada a consulta, se apenas pelo paciente ou por seus familiares, ou pelos pais. Sendo assim, se a consulta foi iniciada pelos familiares, estes receberão a devolução das informações.

Reafirmando a proposta de devolução apresentada por Ocampo *et al.* (1985), Arzeno (1995) acrescenta que o psicólogo não deve assumir o lugar daquele que “sabe” de algo e está diante daqueles que “não sabem”, pois não é possível esgotarmos o conhecimento a respeito do paciente. A atitude do profissional em esclarecer sobre seu papel no diagnóstico é fundamental. No entanto, deve estar preparado para desvendar com a maior certeza possível o motivo que provoca o sintoma trazido desde a primeira consulta e permitir o surgimento de novos materiais e a interlocução entre os integrantes.

- g) Por último, a elaboração do informe psicológico, que para a autora consiste no resumo das conclusões diagnósticas e prognósticas do caso que está sendo estudado, incluindo recomendações terapêuticas. Trata-se tanto de uma breve síntese como de um trabalho detalhado, dependendo de

para quem se encaminha: se a um colega profissional, um professor, um advogado, um pediatra, aos pais, ao âmbito do trabalho, enfim.

Ainda sobre a operacionalização do processo psicodiagnóstico, Cunha (2000) propõe etapas que corroboram as sugeridas acima por Ocampo *et al.* (1985) e Arzeno (1995), embora as apresente de modo mais detalhado, como explicamos a seguir:

- a) Identificação dos motivos pelos quais apresentam uma queixa, um encaminhamento ou outro problema inicial. Parte-se da pressuposição inicial de que o indivíduo apresente uma dificuldade que possa ter uma explicação que seja psicológica e as possíveis alternativas para essa explicação são as hipóteses diagnósticas que posteriormente serão ou não confirmadas;
- b) Levantamento das informações de fontes complementares como de natureza psicológica, médica, profissional, escolar, entre outras. Sabemos que nem sempre essas explicações são explícitas no próprio encaminhamento, isto se deve até mesmo à questão do sigilo profissional. Portanto, faz-se necessária a formulação de perguntas e o levantamento de dados iniciais, muito embora esse esclarecimento somente seja possível após a realização das entrevistas sobre a história do paciente. Apenas a partir dessa etapa, podemos seguir com o procedimento;
- c) Coleta de dados sobre a história clínica e sobre a história pessoal do paciente, visando à necessidade de reconhecer pontos em comum com a situação atual na qual vive o paciente, principalmente no que diz respeito ao âmbito psicopatológico e psicodinâmico. Esses subsídios serão obtidos em termos de uma sondagem cujos dados fundamentarão ou comprovarão as hipóteses diagnósticas;

- d) Exame do estado mental do paciente, que poderá ser complementado por meio de fontes subjetivas e objetivas;
- e) Levantamento de hipóteses iniciais e definição dos objetivos do exame, considerando-se que tais objetivos serão norteados pelo elenco das hipóteses iniciais. Nesse sentido, a autora ressalta que nem todas as hipóteses levantadas serão necessariamente testadas;
- f) Estabelecimento de um plano de avaliação para identificar recursos estratégicos que permitam relacionar as perguntas iniciais às possíveis respostas através da programação da bateria de testes; ou seja, quando e que técnicas e testes serão utilizados para verificar as hipóteses;
- g) Estabelecimento de um contrato de trabalho a partir do qual caberá ao psicólogo prever o tempo necessário para sua realização. Parte-se então para a formalização com o paciente e/ou responsável dos termos nos quais esse processo irá se desenvolver. Fazem parte desse contrato: definição de papéis, duração, obrigações, direitos e responsabilidades mútuas. A flexibilidade é também apontada como necessária, pois muitas vezes os obstáculos encontrados são decorrentes da própria problemática do paciente;
- h) A administração de testes e outras técnicas psicológicas deve ter como foco o paciente e não o instrumento, adverte Cunha (2000). O psicólogo deve estar seguro e familiarizado com a adequação do teste, as instruções para aplicação, ao material a ser manuseado e especialmente os seus objetivos;
- i) Levantamento de dados quantitativos, referentes à atribuição de escores, pontos brutos e ponderados, cálculos de QI, percentis etc; e qualitativos, que assumem grande importância especialmente quando se pretende fundamentar o diagnóstico em uma compreensão dinâmica do paciente;

- j) Seleção, organização e integração dos dados mais significativos obtidos, conforme os objetivos do processo psicodiagnóstico, considerando a história clínica e as circunstâncias situacionais da vida do paciente. Nesta etapa cabe ao psicólogo recapitular as hipóteses inicialmente levantadas, nas fases anteriores, organizar os resultados das diferentes técnicas. Então, será capaz de descrever o que ocorre com seu paciente, pressupondo uma relatividade oriunda da inferência clínica;
  
- k) Comunicação dos resultados ao paciente e/ou responsável é a última e essencial etapa do processo e deve estar prevista desde o estabelecimento do contrato inicial. O conteúdo dessa comunicação será norteado pelas características e pelo interesse do paciente, no caso, o receptor. O laudo psicológico pode também variar conforme os objetivos do diagnóstico e é sempre providenciado quando há necessidade de uma comunicação por escrito, cabendo ao profissional decidir sobre o tipo, a forma e o conteúdo do informe;
  
- l) Encerramento do processo, ou seja, finalizá-lo com a devolução de informações ao paciente e a elaboração do informe psicológico. Esse último, será baseado nos objetivos previamente formulados, nas questões éticas e no sigilo profissional.

Nossa intenção em apresentar a descrição elaborada por Cunha (2000) se deve à riqueza didática que apóia a operacionalização do processo psicodiagnóstico. A atuação clínica do psicólogo pressupõe a formulação de etapas visando à obtenção das conclusões diagnósticas.

Para o desenvolvimento deste estudo, pareceu-nos pertinente a revisão dos conceitos já existentes sobre avaliação psicológica, bem como das expressões mais



utilizadas, seus objetivos e sua operacionalização, uma vez que a atuação clínica do psicólogo pressupõe a integração das diversas considerações visando à compreensão diagnóstica.

### III. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA QUEIXA ESCOLAR

A natureza da avaliação psicológica permite que sua aplicabilidade atinja diversos campos da atuação profissional. Desse modo é possível falarmos na avaliação psicológica voltada a áreas específicas da Psicologia como Clínica, Hospitalar, Forense, Jurídica, do Trânsito, da Saúde, do Esporte e, mais tradicionalmente, da Educação, entre outras.

Essa característica tem desencadeado uma série de debates no Conselho Federal e nos Regionais envolvendo a inclusão ou não da Avaliação Psicológica enquanto uma área de especialização profissional para os psicólogos, uma vez que, segundo alguns, trata-se de uma prática capaz de servir a diversos setores da Psicologia.

Contudo, centramos nosso interesse em apresentar, no presente capítulo, algumas considerações a respeito da Avaliação Psicológica no âmbito da Educação. A denominação utilizada neste caso é a avaliação psicológica da queixa escolar.

Para melhor compreensão do emprego da expressão acima (*queixa escolar*) recorreremos a Linhares *et al.* (1996) que, independentemente de especificar qual distúrbio esteja ocorrendo, engloba além das dificuldades de aprendizagem, o baixo rendimento escolar, fracasso escolar, reprovação escolar, problemas na escola ou de aprendizagem ou prejuízo do desempenho acadêmico.

É comum observarmos pais fazendo uso desses termos como uma das causalidades mais citadas, quando questionados sobre o motivo pelo qual procuram ajuda nos serviços de Psicologia.

O elevado número de crianças com dificuldades escolares encaminhadas para realização da avaliação psicológica em nossas clínicas-escola, é comprovado

estatisticamente através de pesquisas desde 1984, quando Ancona-Lopez mostra em seus estudos resultados provenientes da análise da demanda da clientela de quatro clínicas-escola de São Paulo.

A partir da referida pesquisa, por volta de dois estudos são publicados anualmente a respeito desse tema (SILVARES, 1993). Dos diferentes autores que trataram do tema podemos citar: Ancona-Lopez (1984); Arruda (1989); Santos *et al.* (1993); Silvares (1993); Maturano; Magna e Murtha (1993), entre outros.

Em muitos dos estudos, verificamos que se trata de uma frequência significativa, levando-nos a relevar que a queixa escolar é, em grande parte, responsável pelas extensas listas de espera que se acumulam nos serviços de atendimento psicológico, especialmente os gratuitos e semigratuitos.

A maior parte das crianças em idade escolar, ou seja, de 6 a 10 anos, é inscrita nas clínicas-escola para diagnóstico psicológico por meio da indicação de seus professores e escolas. No entanto, isso não significa dizer que os pais não se importam com o desempenho escolar de seus filhos, mas que o insucesso na alfabetização e as reprovações são mais facilmente identificadas pelos pais quando comparadas com questões de ordem afetiva-relacional (ANCONA-LOPEZ, 1984).

As dificuldades de aprendizagem são consideradas mais ou menos severas, a depender da repercussão na dimensão individual e social da criança, além dos desafios enfrentados pelos pais e profissionais que lidam com essa problemática.

Para Almeida e Fontes (1993), apesar dos estudos sobre o tema terem sido iniciados há um século com Binet, ainda hoje temos pouca clareza quanto à explicação do fenômeno e sua funcionalidade. Mais ainda, afirmam que conhecemos pouco sobre medidas que visem a sua superação e valorizem a implantação de ações preventivas.

Diante desse panorama, entendemos que a realização da avaliação psicológica da queixa escolar envolve uma complexidade de fatores, desde aqueles

intrínsecos à criança, até os que abarcam o âmbito social e econômico. Na literatura é possível encontrarmos posições que sustentam qualquer desses enfoques.

No plano social, não podemos desconsiderar que, no Brasil, o sistema educacional merece consideração. A acentuada diversidade cultural e disparidade econômica promovem o desenvolvimento de um processo educativo distante da realidade de nossas crianças.

Nesse contexto, emergem escolas dominadas por desigualdades sociais, especialmente entre a pública e a privada, nas quais o funcionamento, institucional e pedagógico cumpre exigências de ordem política, econômica e ideológica bastante distintas.

A partir de sua atuação como psicóloga junto a escolas públicas, Machado (1996) exemplifica como essas desigualdades ocorrem no cotidiano educacional. Aponta a existência de escolas de boa e de má qualidade, tanto públicas quanto privadas. Afirmar que é comum que escolas particulares selecionem seus alunos, por meio de testes e observações, até mesmo para ingressar no nível pré-escolar, que sirvam apenas para aprovar o aluno de uma série para outra; escolas públicas que encaminham os alunos classificados como indesejáveis; famílias que, mesmo mantendo seus filhos na escola, não têm condições de arcar com os custos do material escolar e de taxas das associações; escolas públicas que contam com pais exigentes que buscam uma melhoria na qualidade do ensino; entre outros.

Para a autora, que enfatiza o aspecto social na avaliação da queixa escolar, essa diversidade sempre está presente, pois na realidade coexistem tendências e algumas se sobrepõem a outras. Tais mecanismos nos mostram que a possibilidade de fracasso ou de sucesso escolar, responde a determinações de ordem social e não individual.

Outros estudos corroboram a visão da referida autora, relacionando a produção do fracasso escolar a condições concretas da sociedade, aos mecanismos

institucionais que afetam as relações no cotidiano escolar. Podemos citar: Souza (1996); Souza *et al.* (1994); Patto (1990); entre outros.

Levantamos alguns questionamentos comumente apontados pelos psicólogos que atuam junto às escolas públicas, por meio das Delegacias de Ensino ou instituições privadas. Concordam principalmente que a avaliação psicológica da queixa escolar parece desconsiderar o processo de escolarização da criança, ao mesmo tempo em que enfatiza a aplicação de testes como principal instrumento de avaliação.

Souza (1996), ao pesquisar prontuários psicológicos de crianças encaminhadas para clínicas-escola com queixa escolar, conclui que a Psicologia assume um saber e estabelece um recorte sobre o indivíduo valorizando aspectos ligados ao seu mundo interno, constituído a partir de relações vividas no grupo familiar primário.

Nos prontuários que analisou, a autora constata que o processo de escolarização da criança não foi abordado no psicodiagnóstico, nem mesmo discutido, gerando uma leitura *fragmentada* e *simplista* das queixas escolares.

O resgate da história escolar das crianças, especialmente as de classe social menos favorecida, é também comentada por Machado (1996) que, ao criticar a avaliação psicológica, sustenta que muitas vezes a ausência de uma análise mais profunda sobre o processo de escolarização gera conclusões nem sempre compatíveis com a realidade da criança.

Contudo, tais posicionamentos parecem parciais, pois verificamos que a realidade social, competitiva e capitalista, responsável pelo fracasso escolar como sugerem as autoras, também atinge a família no cotidiano de suas relações. Conseqüentemente, atingirá a criança que convive nesse grupo familiar, muitas vezes, de modo até mais intenso do que na escola. Assim, cada criança, em sua subjetividade, fará uso de seu aparato psicológico próprio para incorporar essas experiências.

Não podemos prescindir que problemas emocionais existem e se manifestam nas crianças por meio de seu desempenho escolar, da mesma forma que as relações escolares igualmente interferem no desempenho da criança.

Não se trata de reduzir a criança a um mundo interno, argumenta Souza (1995), mas de verificar de que forma as experiências vividas foram assimiladas e que significado têm para aquela criança. Adverte ainda que não devemos negligenciar fatores sociais, culturais e econômicos, pois não apenas são determinantes do fracasso escolar, mas afetam igualmente a família, impossibilitando-a de oferecer à criança condições psicológicas para acessar o conhecimento.

Entendemos como relevante considerar a singularidade da criança com queixa escolar e acreditamos que outras convicções contemplem, de modo mais global esse processo, concebendo tanto os aspectos individuais, fruto de resultados de testes de nível intelectual ou projetivos, como também os dados advindos do território das relações sócio-ambientais.

No momento de ingresso da criança na escola os pais se deparam com suas próprias expectativas, além daquelas geradas pela sociedade, na qual o sucesso escolar ainda pode ser um caminho para a ascensão social e econômica.

Pais e professores atribuem uma importância vital ao êxito e ao nível escolar, afirma Dolto (1999), como se a escola representasse tudo para a criança no que se refere à aquisição do saber. Porém, acrescenta que, atualmente jornais, revistas, rádio, televisão e até mesmo a rua, são igualmente mediadores do saber, ficando, porém, a escola como o lugar insubstituível para contato com outras crianças.

*“Quando a criança está “indo mal na escola”, esse é um sintoma que se deve levar em consideração e apreciar conforme muitos critérios, mas não censurar a criança por esse fato. Isso indica que outra coisa não vai bem. Por que desanimar a criança e os pais, prever o mais sombrio futuro?”*

*Fazer a criança perde a confiança em si é retirar-lhe suas possibilidades. Isso nunca estimula. O fracasso escolar é uma prova trágica para muitas crianças” (DOLTO, 1999. p. 21).*

A história de vida da criança, seu passado e presente, convergem na experiência escolar. As dificuldades escolares parecem emergir de acontecimentos relacionados à estrutura familiar e individual.

O início da vida escolar formal da criança, embora saibamos que esse processo começou nos anos anteriores com atividades pré-escolares, caracteriza-se pela alfabetização. Nesse momento, seu desenvolvimento psíquico, através do mecanismo de sublimação, deve ser capaz de assegurar o controle e a finalidade dos impulsos sexuais e passar a investir no aprender, enquanto uma substituição satisfatória.

A teoria psicanalítica discute que a curiosidade de uma criança será maior e mais intensa quanto menos repressiva for a sua educação. Freud (1905) em sua obra *Três Ensaios para uma Teoria Sexual*, estabeleceu uma relação entre o *instinto do saber* e a inquietação infantil diante da origem da vida.

Do mesmo modo, Klein (1970) destaca que o bom funcionamento da capacidade sublimatória, da curiosidade e da capacidade intelectual da criança se deve ao esclarecimento de suas incertezas quanto a temas proibidos e misteriosos como a sexualidade.

A curiosidade infantil, apesar da importância atribuída pela psicanálise, nem sempre conta com a aceitação da sociedade. Segundo Souza (1995), as crianças aprendem, de maneira mais ou menos explícita, que não se deve ser curiosa em relação aos temas sexuais. Caso castigadas, podem desencadear mecanismos de inibição da curiosidade, gerando sobrecarga de ansiedade que interfere na aprendizagem.

O problema de aprendizagem escolar pode ainda se constituir em um certo tipo de *sintoma*, que desarticula a relação entre o nível intelectual, o desejo, o

organismo e o corpo da criança. O desejo de aprender é perdido por conta de elementos inconscientes. A tarefa diagnóstica, neste caso, consiste em desvendar a função do sintoma, à medida que tem uma significação simbólica, dentro da estrutura familiar e, ao mesmo tempo, aproximar-se da história individual observando como esses fatores interatuam (FERNÁNDEZ, 1990).

As dificuldades escolares podem ser relacionadas a *manifestações reativas* da criança diante do aprender, complementa a autora. Neste caso, não chega a afetar a capacidade intelectual e resulta de uma oposição entre a criança que aprende e a instituição educacional. Embora o desejo de aprender permaneça, não são oferecidas situações favoráveis para que isso aconteça. A escola é vista como promotora do conflito, pois funciona excluindo a criança e, por isso, a autora propõe que a intervenção se dirija a escola.

Ao abordar o diagnóstico e o tratamento dos problemas de aprendizagem, Pain (1986) afirma que os fatores orgânico, específico, psicógeno e ambiental, são fundamentais, mas nenhum deles pode ser considerado determinante ao surgir uma dificuldade escolar. Faz referência a um diagnóstico multifatorial, no qual o quadro total apresentado pela criança emerge de articulações e de compensações mútuas.

Assim, mesmo considerando essa perspectiva multifatorial que compreende a queixa escolar, pretendemos, neste capítulo, discutir alguns fatores mais frequentemente apontados como hipóteses das dificuldades escolares.

Apesar de reconhecermos que o processo de aprendizagem da criança requer um aparato neurológico capaz de dar conta das exigências da aprendizagem, convém esclarecer que não estamos tratando de casos cuja dificuldade escolar é causada por determinantes orgânicos, de origem neurológica, glandular ou mesmo anatômica, ou seja, *fatores orgânicos*, conforme apresenta Pain (1986), pois apesar de afetarem diretamente o desenvolvimento da criança, não serão de interesse do presente estudo.



Sobre os *fatores específicos*, a referida autora define-os como sendo certos processos da ordem das afasias ou desordens derivadas da indefinição na lateralidade da criança, que não necessariamente estão relacionados a danos cerebrais. Exemplifica como transtornos na adequação psicomotora, manifestados por meio do uso da linguagem, da articulação entre leitura e escrita, da impossibilidade de lidar com determinados fonemas, sílabas, grafismo etc. Além desses fatores, aponta a dificuldade na análise e síntese de símbolos.

A compreensão do não aprender a partir do *fator psicógeno* leva em conta duas possibilidades apresentadas pela mesma autora: uma referente à constituição de um sintoma a partir da repressão prévia de um acontecimento significativo para a operação do aprender; outra, referente à retração do Ego diante da sexualização dos órgãos comprometidos com a ação, da evitação ou compulsão ao fracasso perante o êxito, ou ainda quando o Ego está ocupado, investindo sua energia em outra tarefa psíquica.

Explica a autora que o não aprender não se configura como um estado permanente, mas integra um conjunto de comportamentos, nos quais se destaca como uma descompensação da criança.

Pain (1986) sugere o *fator ambiental* como uma variável fundamental frente à possibilidade da criança compensar ou descompensar seu quadro de problemas escolares. Exclui desse fator a rede de inter-relações familiares, mas se volta para as condições ambientais, materiais e de infra-estrutura externa da criança.

Outra discussão que envolve o diagnóstico da queixa escolar diz respeito à discussão entre a valorização da dimensão intelectual da criança quando denota dificuldades na aquisição da aprendizagem.

Uma das maneiras mais comuns para justificar dificuldades de aprendizagem em crianças é associá-las a déficits cognitivos. Quando assumimos que a capacidade cognitiva em si esta diretamente relacionada ao desempenho escolar,

estamos fortalecendo uma visão unidirecional e desprezando outros fatores, como os já descritos acima.

Muitas vezes, vemos alunos com mau rendimento escolar e resultados elevados em testes de nível intelectual, fazendo-nos pensar na influência de outros fatores, como a inibição intelectual (SOUZA, 1995; CAVALINI, 2002), mas não necessariamente os cognitivos (ALMEIDA; FONTES, 1993).

Reconhecemos que, no âmbito clínico, o profissional utiliza com certa regularidade instrumentos para verificar a capacidade intelectual da criança, sobretudo quando está diante de casos com dificuldades na aprendizagem escolar.

Há diferentes formas de investigar o comportamento inteligente, bem como há diferentes concepções a esse respeito.

Yehia (1987) apresenta três abordagens, a saber: a *psicométrica*, que se caracteriza pela mensuração e classificação por meio de instrumentos padronizados; a *psicogenética*, baseada nos estudos de Piaget sobre a gênese do psiquismo e o desenvolvimento infantil; e a *psicanalítica*, que associa a compreensão das dificuldades na aprendizagem com falhas no funcionamento global da personalidade.

Observamos que a escolha de um determinado procedimento independe da linha teórica do psicólogo. Quanto à psicometria, apesar de ter se ocupado mais enfaticamente da classificação da capacidade cognitiva, não explica os mecanismos envolvidos nesse processo, necessitando de outro modelo teórico para melhor elucidar seus resultados (PAIN, 1992).

Principalmente no que diz respeito à mensuração de aspectos cognitivos, Machado (1996) faz uma referência negativa a avaliação da queixa escolar, argumentando que, muitas vezes, a criança é diagnosticada como limitada em termos da

suas capacidades intelectuais sem que seja examinada sua realidade social e seu percurso escolar.

O posicionamento crítico da autora, apesar de sinalizar sua preocupação, não pode eximir-se das considerações cientificamente apresentadas por Alves (1998) que, ao discutir as variáveis significativas na avaliação da inteligência, destaca o nível sócio-econômico como relevante, uma vez que, resultados inferiores são obtidos por crianças com baixo padrão econômico e social, comparativamente às crianças com nível sócio-econômico mais elevado.

Flores-Mendoza; Nascimento e Castilho (2002), ao discutirem alguns pontos polêmicos que comumente acompanham a aplicação de instrumentos psicológicos, especialmente aqueles voltados para a medição da capacidade intelectual, afirmam que o desprestígio dos testes de inteligência no Brasil deve-se ao desconhecimento sobre sua construção e a crenças políticas pretensamente científicas. Os autores se referem a essas críticas como sendo *críticas desinformadas*, pois os mesmos testes que indicaram diferenças entre grupos humanos, mais recentemente, demonstram que essas diferenças vêm diminuindo. Afirmam que *os testes não criam diferenças intelectuais, apenas as retratam (p.32)*.

Os referidos autores reconhecem os avanços na construção desses instrumentos e conseqüentemente na compreensão da cognição humana, ao mesmo tempo em que qualificam como superadas as discussões que apontam os testes como sendo instrumentos que reforçam a inferioridade dos segmentos sociais, desfavorecem as minorias étnicas e atendem aos interesses da classe dominante.

Custódio (1996), ao discutir novas perspectivas na avaliação das dificuldades escolares, ressalta a necessidade de se rever, de maneira substancial, esse tipo de atendimento e indica como um dos passos mais importantes nesse sentido, o conhecimento mais profundo sobre as técnicas de avaliação.

Exclusivamente sobre as qualidades psicométricas de instrumentos de avaliação utilizados no contexto educacional, Noronha (2002) conclui que em sua maioria, não apresentam estudos de precisão e de validade e somente uma pequena parte possui padronização brasileira. Embora a finalidade dos testes seja auxiliar na avaliação, é possível verificarmos que instrumentos de má qualidade, no que diz respeito aos parâmetros psicométricos, podem prejudicar as conclusões diagnósticas e, portanto, não devem ser comercializados, pois não atendem aos requisitos que asseguram a confiabilidade e a precisão dos resultados.

Neste sentido, faz-se necessário distinguir entre a utilização de testes importados, vindos de outro meio cultural e sem nenhuma adaptação ao contexto brasileiro, e os padronizados e validados para a população que desejamos avaliar. Todo o cuidado no que se refere ao uso dos testes se faz necessário, pois, como afirmam Dumont e Aubret (1992), a falta de preparo do profissional poderá prejudicar o processo diagnóstico e, desse modo, comprometer a compreensão de uma pessoa.

Tal preocupação nos alerta para construção dos instrumentos de avaliação cognitiva e, desse modo, os autores defendem a utilização dos testes, enquanto um dado a ser acrescentado e integrado no todo da avaliação psicológica.

Custódio (1996) recomenda que a avaliação de uma criança deve levar em conta um conjunto de informações sobre seu estilo, seu jeito particular de ser, mais do que exclusivamente o valor obtido em um determinado teste de inteligência.

Linhares *et al.* (1996), ao pesquisarem os indicadores específicos de problemas na área intelectual associados à queixa de dificuldades escolares, levou em conta o fato de haver ou não solicitação de ajuda psicológica.

O estudo concluiu que a maior ausência de recursos e maior defasagem foram identificadas no grupo de crianças com queixa escolar e que buscaram assistência psicológica, denotando um desempenho globalmente empobrecido. Já no grupo de crianças com queixa escolar e que não procuraram atendimento psicológico,

as variações no desempenho intelectual foram mais presentes. Algumas se aproximavam dos resultados daquelas sem problemas escolares e outras com resultados próximos ao primeiro grupo.

Adverte a autora que tais resultados devem ser compreendidos como tendências de grupo, relevando que diferenças individuais poderiam contrariar essas tendências. Mesmo assim, confirma que entre a população pesquisada, as crianças sem dificuldades escolares sinalizaram de forma homogênea a presença de mais recursos cognitivos. Entretanto finaliza ressaltando que:

*“A presença da plasticidade diante de mudanças repentinas ou desestabilizações ambientais precisa, portanto, ser levada em conta na medida do funcionamento cognitivo. Nesse sentido, a ampliação da investigação incluindo a relação entre nível intelectual e enfrentamento de crises no decorrer do desenvolvimento podem trazer contribuições para a relação cognição – adaptação ... Essas informações somente permitirão uma visão diagnóstica mais completa e precisa das dificuldades de aprendizagem se complementadas com informações adicionais quanto a outras áreas de desenvolvimento – afetiva e social, comportamental, psicolingüística e acadêmica” (LINHARES et al. , 1996. p.37).*

O posicionamento proveniente da análise apresentada no referido estudo nos possibilita reconhecer a necessidade de certa cautela diante de questionamentos inflexíveis sobre o exame da capacidade intelectual das crianças com problemas na aprendizagem escolar.

O cenário no qual se exerce a avaliação da queixa escolar, dada sua complexidade, não pode prescindir da inclusão tanto de aspectos que integram o contexto sócio-cultural, quanto de aspectos que respondem ao âmbito individual.

Pretendemos assinalar a necessidade de um diálogo entre os argumentos de natureza individual e social, estabelecendo um interjogo capaz de ampliar perspectivas diagnósticas para a queixa escolar.

A partir dessas considerações estamos contemplando, no capítulo seguinte, a visita domiciliar ou familiar e a visita escolar enquanto estratégias que, como tal, possibilitem identificar variáveis sociais na realidade observada e sejam analisadas a partir de um raciocínio eminentemente clínico, contribuindo assim com a finalidade da avaliação psicológica, especialmente no domínio da queixa escolar.

#### **IV. VISITA DOMICILIAR E VISITA ESCOLAR: PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES À PRÁTICA DIAGNÓSTICA**

Os capítulos anteriores procuraram tratar da complexidade da área de avaliação psicológica, dos modelos de atuação e das respectivas denominações que a caracterizam, assim como, registram sua evolução histórica e a especificidade da prática diagnóstica com queixa escolar.

Neste capítulo tomaremos como objeto de nossa discussão a própria avaliação psicológica, no que diz respeito à inclusão de procedimentos que possibilitem uma maior articulação dos aspectos sociais na compreensão diagnóstica.

Observamos que a prática diagnóstica para com a queixa escolar, como vem sendo realizada, inicia-se a partir da queixa trazida pelos pais ou responsáveis e toma como foco a criança, que será posteriormente submetida a entrevistas e testes, sendo de certa forma responsabilizada pelas dificuldades que enfrenta na escola.

Nesse processo, verificamos que tanto a escola, quanto a família e, mais ainda, o contexto social dessa criança, parecem ser deixados de lado enquanto elementos importantes para compreensão do caso.

Estamos considerando a tríade: família, escola e sociedade. Outeiral (1997) sugere visualizarmos a escola enquanto um espaço mediador entre a família e a sociedade, ou seja, um lugar no qual a criança caminha em direção à independência, à individuação e à separação de seu grupo familiar. Por conseguinte, tanto através da

família, quanto da sociedade, a escola sofre pressões manifestas e outras latentes, conscientes ou inconscientes.

A trama vincular com a qual a criança convive, articula uma complexidade de relações com a escola e a comunidade circundante, que não se encontram sistematizadas nas etapas diagnósticas.

Não podemos afirmar o mesmo sobre a interação familiar. Vários estudos foram realizados e muitos deles publicados abordando a importância da análise da dinâmica familiar como fator preponderante no entendimento das queixas, inclusive das que abarcam dificuldades escolares.

A Psicanálise, e suas várias escolas têm aceitado e contribuído para consolidar essa proposição apontando a normalidade psíquica ou a enfermidade mental como conseqüências possíveis do funcionamento familiar. Não apenas a história de vida da criança merece nossa atenção, mas também a história familiar enfoca a incidência e a relevância dos pais no desenvolvimento psico-afetivo de seus filhos (BOWLBY, 2002; WINNICOTT, 1989; KLEIN, 1975; DOLTO, 1981).

Apesar de as estratégias voltadas à análise da dinâmica familiar no psicodiagnóstico terem sido desenvolvidas nos últimos anos, como a Entrevista Familiar Diagnóstica (SOIFER, 1989); Entrevista Trigeracional (ANDOLFI *et al.*, 1984); Desenho da Família com Histórias (LIMA, 1997), entre outras, ainda assim, parece-nos que tais técnicas não vêm sendo largamente contempladas no cotidiano do profissional que trabalha com psicodiagnóstico infantil.

No entanto, quando estamos diante do modelo compreensivo de psicodiagnóstico, apresentado por Trinca (1983) como um processo resultante da organização conjunta das dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e sócio-culturais,



ponderamos que as referidas técnicas são essenciais para evidenciar aquilo que é relevante para a tarefa diagnóstica. Ao conceber este modelo, busca abarcar a multiplicidade de fatores e encontrar um significado para as informações colhidas por meio das estratégias aplicadas ao longo do processo psicodiagnóstico. A maturação da criança será observada tanto sob a ótica do desajustamento, como da normalidade, atendendo-a como um todo.

Com base nesse modelo vamos fundamentar e sugerir outras estratégias de investigação diagnóstica. Falamos de estratégias complementares, cuja finalidade é compreender a demanda dos pais ou da escola, de forma multideterminada e dinâmica, abarcando, além de sua história de vida e familiar, o contexto ambiental da criança incluindo a articulação das pessoas que pertencem ao seu mundo social.

Embora imprescindível nessa abordagem diagnóstica, a leitura do funcionamento familiar não encerra em si o universo de relações com as quais a criança se vincula. Além da dimensão familiar, consideramos o universo de relações no qual a criança se insere e com o qual interage, como a escola e a rede social mais ampla.

O trabalho apresentado por Brito e Koller (1999) denomina de rede de apoio social e afetivo a essa articulação entre a criança e as estruturas sociais. Enfatiza a influência dessas redes no desenvolvimento do indivíduo ao longo de sua vida. Embora situado numa abordagem ecológica, aponta para a importância de se compreender essa dimensão, sem descentrar-se da proposta deste trabalho:

*“A presença ou ausência de vínculos e relações, a possibilidade de desempenhar papéis diversos ao longo da vida, permitem que a pessoa se desenvolva emocionalmente e socialmente, obtendo mais recursos para sua satisfação, bem-estar subjetivo e saúde mental, ou seja, um desenvolvimento*

*adaptado dentro de sua cultura”* (BRITO e KOLLER, 1999. p.116).

Ainda valorizando a perspectiva sócio-interacional, identificamos a importância de se perceber o que a criança espera receber do ambiente e o que realmente recebe. Para Pierce *et al.* (1996), esses aspectos não devem ser analisados de forma separada, mas concatenados entre si, pois o valor da rede social de apoio dependerá da recíproca satisfação daqueles que a integram.

Em outras palavras, é a prática clínica, especificamente na avaliação psicológica sendo atravessada pelo social. Convém não perder a perspectiva de que a constituição do psiquismo da criança é também influenciada pelos espaços nos quais ela circula.

Apesar dessa reconhecida constatação, o fazer no psicodiagnóstico infantil parece não contemplá-la. Na prática, centra-se na criança e sobre ela incide a aplicação de técnicas e procedimentos. A tarefa diagnóstica é realizada exclusivamente com a criança, que é tida como cliente, e sobre a qual recai a queixa inicial.

Partindo-se dessa referência podemos cogitar que, ao ser encaminhada para os serviços de psicologia, pela escola ou pelos pais, a criança é conduzida clinicamente como se fosse a única responsável pelas dificuldades que apresenta, apreendida por um olhar individual, que destaca suas condições intrapsíquicas, muitas vezes em detrimento das variantes da trama vincular a ela relacionada.

Se pensarmos nos pais, eles são convidados para participar de sessões de entrevistas para as quais devem comparecer à clínica-escola ou ao consultório e relatar a história de vida do filho.

Esse planejamento tão comum em nossa prática clínica parece fixar a criança no lugar do cliente e dificilmente isto é objeto de nosso questionamento.

Essa atuação coloca-nos diante de interrogações acerca de tal encaminhamento. Em muitos casos, quando tratamos da queixa escolar, a demanda não vem dos pais, vem da escola, da professora, coordenadora pedagógica, entre outros do âmbito escolar. É comum aos pais, durante as entrevistas com o psicólogo, não distinguirem precisamente o motivo pelo qual a escola solicitou uma avaliação psicológica. Eles acabam acatando e reproduzindo os problemas de aprendizagem, dos quais desconhecem seu funcionamento e sua natureza e sequer os percebem como sendo um transtorno.

Nossa prática clínica demonstra, e isso pode ser confirmado por diversas pesquisas, como Ancona-Lopez (1984b); Arruda (1989); Santos *et al.*, (1993); Silvares (1993), entre outras, que os pais freqüentemente comparecem cumprindo uma exigência da escola, que por vezes chega a condicionar a matrícula da criança aos resultados obtidos no psicodiagnóstico.

Pensamos nos pais que buscam ajuda psicológica nas clínicas sem conhecimento das possíveis causas do mau desempenho escolar da criança. No entanto, podemos igualmente pensar se os professores, que em princípio são os que solicitam esse atendimento, têm clareza a esse respeito.

A escola parece isentar-se do problema quando encaminha a criança para o psicólogo. Trata-se da instituição escolar transferindo a “*criança problema*” para a instituição de saúde, ou seja, delegando a resolução a outra instância. Não questionam as possíveis causalidades externas à criança, como sendo consequência das relações com o meio sócio-educativo (ANCONA-LOPEZ, 1984b).

A discussão sobre quem deverá ser tratada, se a criança, sua família, seus pais ou mesmo sua escola, está na base desta reflexão. Cabe ao profissional muito cuidado ao deparar-se com essa questão. Preocupa-nos a adoção de posicionamentos divergentes e extremados, nos quais de um lado temos aqueles cuja responsabilidade total pelo mau desempenho da criança recai sobre a família e, por outro, aqueles que a mantêm livre de qualquer interferência.

Resta-nos não simplesmente questionar de quem é a culpa pelas dificuldades da criança, pois essa não parece ser a finalidade da tarefa diagnóstica, mas sim, compreender a complexidade do sistema com o qual interatua, tanto no plano interno quanto na realidade concreta, auxiliando na proposição de ações para seu desenvolvimento.

A esse respeito Tsu (1984) centra-se numa indagação que nos pareceu fundamental, ou seja, “*quem é o cliente do psicólogo no processo de psicodiagnóstico infantil?*” (p.36). A autora salienta a necessidade desse questionamento quando atendemos crianças, pois nesses casos, a pessoa que contrata o serviço não é a mesma que irá recebê-lo. Afirma que, via de regra, o atendimento é procurado de modo espontâneo pelos pais ou por indicação da escola.

A queixa é focalizada na criança e em suas dificuldades, mesmo em situações que evidenciam o comprometimento de outras esferas, como a família e a escola. Argumenta Tsu (1984) que, cabe ao profissional posicionar-se criticamente diante daquele que chega ao atendimento rotulado como sendo a “*criança-problema*”.

Obviamente, a resposta a essa questão depende dos pressupostos adotados por cada profissional, que vão desde o ponto de vista contratual, ou seja, o cliente é aquele que contratou o serviço; até os que o definem como sendo o objeto do atendimento, como condiz com o modelo médico (TSU, 1984).

A aceitação imediata dessa demanda coloca o psicólogo em uma posição simplista. Ao assumir que uma determinada criança precisa de ajuda, o psicólogo deve considerar que uma rede de relações sociais, além da família, também já foi ativada. Deve aproveitar de sua condição profissional e ocupar-se do lugar de observador privilegiado da dinâmica familiar e social.

Enquanto profissionais algumas questões são provocativas, por exemplo: não estaríamos desobrigando o contexto de sua co-responsabilidade sobre a constituição da subjetividade dessa criança? Não estaríamos engajados numa avaliação psicológica dissimulada, que responde apenas, reagindo ao que lhe é solicitado e não buscando verdadeiramente seu sentido?

As implicações sócio-ambientais repercutem no modo de vida da criança, de sua família, de sua escola, nas interações e operam no desenvolvimento de seu psiquismo.

Nessa perspectiva, a multiplicidade de fatores que convergem na avaliação, traduzem a necessidade de cautela para que a mesma não se restrinja a posições que considerem as dificuldades como se fossem exclusivas da criança ou exclusivas do contexto externo, pois assim estaríamos assumindo uma visão unilateral, extrema e dissociada, que em nada colabora com as premissas aqui defendidas.

Por um lado, podemos pensar que parte das dificuldades manifestadas pela criança é produzida a partir da maneira como convive e é tratada na conjuntura social, como afirma Souza (1995):

*“O fato de uma criança pertencer a determinado bairro, freqüentar determinada escola, ser considerada como incapaz de aprender em função de sua condição de vida, está muito*

*mais próximo dos motivos que a levaram ao fracasso do que de dificuldades que possa apresentar na relação com o aprender” (SOUZA, 1995. p. 205).*

É importante registrarmos que não estamos desconsiderando a leitura dos aspectos inconscientes, pois neles reside o conceito que fundamentalmente sinaliza a visão psicanalítica, como aponta Dolto (1972), que ao tratar do Caso Dominique, afirma que não apenas os fatos reais vividos pela criança terão importância em seu psiquismo, mas também as percepções que a mesma tem sobre esses fatos e conseqüentemente o valor simbólico decorrente.

Dolto (1981) atribui os problemas apresentados pelas crianças, principalmente quando bem pequenas, a reações diante das dificuldades vividas nas relações familiares e também no ambiente inter-relacional de modo geral.

A diversidade das queixas apresentadas por ocasião da avaliação psicológica poderia ser entendida como conseqüência de relações perturbadas entre a criança e mundo que a circunda, incluindo aqui os substitutos parentais, como escola, moradores, membros da comunidade, avós, empregados, enfim.

Certamente entendemos que esses elementos atuam na constituição do psiquismo infantil. Portanto, falamos de uma prática diagnóstica capaz de valorizar o tecido relacional da criança para além da dimensão puramente familiar. Não apenas a etapa diagnóstica é vulnerável a essa exigência, mas também a intervenção poderá ser beneficiada pela ação do psicólogo nos diferentes espaços de significação para a criança.

Entendemos que o psicodiagnóstico não deve se valer apenas da análise daquilo que os pais trouxeram sobre a criança para sessão, mas deve expandir essa análise para a trama relacional que abarca a criança.

Referindo-se diretamente a avaliação das dificuldades escolares, Custódio (1996), defende a importância em se observar a criança interagindo com seus familiares, por meio de entrevistas lúdicas com a família, e também a realização da visita escolar e da entrevista com o professor, enquanto procedimentos que asseguram as condições necessárias para um diagnóstico mais preciso.

A valorização do aspecto sócio-ambiental para a captação do que se passa com a criança é também considerada pela psicanálise, pois podemos notar as várias passagens nas quais Klein reconhece essa importância, como em Heimann (1982) ao discutir a relação entre mundo interno e mundo externo associa-os ao mecanismo de introjeção e projeção, no qual entende que a introjeção, apesar de englobar todos os aspectos da vida psíquica, também predomina intensamente sobre a vida física.

Assim, entendemos que a criança, no curso de seu desenvolvimento, sente que é constituída de objetos dentro de seu corpo (objetos internos), representantes de seu mundo interior, que a influenciam e são influenciados por ela, criados a partir de suas próprias fantasias inconscientes, como se fosse uma *“réplica particular do mundo e dos objetos que a cercam”* (Heimann, 1982. p.170).

Desse modo, explica a autora, há uma reciprocidade entre mundo interno e mundo externo, ou seja, ao relacionar-se com o meio ambiente, a criança é atingida tanto por sentimentos imaginados por ela mesma e criados por seu Eu, quanto pelas pessoas reais que a cercam e são exteriores a ela. Portanto, no funcionamento eficiente da projeção e da introjeção, o Ego irá expulsar o seio mau interno e incorporar o seio bom de fora.

*“As fantasias sobre o mundo interior são inseparáveis da relação infantil com o mundo exterior e as coisas reais. Só uma limitação nos nossos meios de descrição faz parecer como que se existissem duas entidades distintas que se influenciam mutuamente, em vez de um todo, de uma experiência interatuante com múltiplas facetas”* (HEIMANN, 1982. p. 171).

Outros seguidores da psicanálise igualmente ponderaram sobre as questões ambientais na constituição do psiquismo. De certo modo, podemos concordar que a descrição desse aspecto foi mais elaborada por Winnicott (1990), que explica como o Ego da criança pode avançar desde um estágio inicial de dependência absoluta em relação à mãe até a independência, passando por uma fase de dependência relativa. Referindo-se a esses estágios mais primitivos do desenvolvimento, afirma que:

*“a dependência do ambiente é tão absoluta que não há utilidade alguma em pensarmos no novo indivíduo humano como sendo ele a unidade ... a unidade é o conjunto ambiente – indivíduo, unidade da qual o indivíduo é apenas uma parte”* (WINNICOTT, 1990. p. 153).

A mãe *“suficientemente boa”*, segundo o autor, seria aquela capaz de colocar-se no lugar do bebê, identificando-se com ele e satisfazendo suas necessidades básicas. Da mesma forma, espera-se que essa mãe interrompa essa fusão e facilite a separação dessa criança, auxilie a superar a onipotência infantil, a atingir o princípio de realidade e a tornar-se uma unidade integrada.



Diante da dificuldade em obter essa estabilidade ambiental com sua mãe e em sua própria família, a criança, segundo Winnicott (1984) irá buscá-la em outros familiares, como nos avós ou nos tios. Do mesmo modo, recorre à escola, bem como a outros espaços de interação social para satisfazer a estabilidade interna a partir da externa.

Para Pain (1986) o fator ambiental se refere às condições materiais, à quantidade e qualidade dos estímulos fornecidos, bem como o aproveitamento que é obtido a partir desses recursos. Para a autora, a rede relacional familiar não se insere no fator ambiental, sendo constituinte da estrutura pessoal da criança. Mesmo assim, afirma que a análise desse aspecto permite ao profissional compreender a ideologia e os valores vigentes no grupo familiar e social.

Ao estudar a influência do contexto familiar nas dificuldades de aprendizagem de crianças integrantes de uma classe social menos favorecida, Vickers (1994) procurou identificar recursos ambientais no ambiente familiar e os relacionou às possíveis causalidades para os problemas escolares, investigando as condições de risco em que vivem essas crianças.

A criança contemporânea em suas relações com o ambiente, convivendo no espaço urbano e sofrendo pressões sociais cotidianamente, motivou Camerini (1997) a interrogar criticamente sua prática clínica e a adotar uma conduta diferenciada no que tange ao tratamento psicanalítico, especialmente em relação ao desenvolvimento de uma escuta também marcada pelo prisma histórico e social, levando a intervenção terapêutica aos diversos lugares de significação para a criança.

A própria modernidade leva o profissional a atender imediatamente a demanda, desejando suprimir prontamente os sintomas do cliente. A atitude reticente é a

mais indicada nesses casos, argumenta Camerini (1997), assim como a cautela, para que a prática psicológica não seja simplesmente situacional ou mesmo circunstancial.

Estudando programas de ação social voltados para crianças e adolescentes em situação de risco, Bandeira (1998) defende que somente uma etapa de avaliação pode concluir sobre sua efetividade ou não. A ausência de modelos de avaliação, ou mesmo a utilização de modelos que provêm de outras culturas, especialmente a norte-americana tornam o problema ainda mais complexo.

*“... pensa-se na necessidade de se criar um modelo que envolva uma avaliação abrangente, contextualizada, não deixando de lado as necessidades individuais nem desconsiderando a influência que o ambiente, desde a família ... seus colegas e, mesmo, questões sociais mais amplas possa gerar...” (BANDEIRA, 1998. p. 45).*

Apesar de apoiar-se numa abordagem ecológica, diferente da opção por nós adotada, a crítica apresentada acentua e fortalece proposições mais contextualizadas, como as que são aqui defendidas.

#### **a. O papel do psicólogo nas visitas domiciliar e escolar:**

Parece-nos pertinente, neste momento, especificar o papel do psicólogo ao utilizar os referidos procedimentos técnicos, pois, como todo profissional da saúde, vem buscando a reorganização e ampliação de sua atuação.

Além de identificarmos a importância destes recursos para o diagnóstico psicológico, reconhecemos também sua utilidade para atuação de equipes

multiprofissionais, compostas pelos mais diversos profissionais como médicos, enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, agentes de saúde, entre outros.

Embora, em um primeiro momento pareça uma atividade ligada ao segmento dos profissionais da saúde, a educação igualmente se destaca como praticante deste procedimento, por meio de seus professores, coordenadores pedagógicos, conselheiros tutelares.

O enfoque neste estudo é restrito à atuação do psicólogo, logo a atenção integral à saúde, como preconizam os serviços públicos e privados, exige a ampliação dos referenciais com os quais cada profissional trabalha, pressupondo a utilização de práticas que privilegiem todos os espaços de atenção à saúde.

Especificamente para os Programas de Saúde da Família (PSF), implantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), este é um recurso imprescindível a todos os profissionais da equipe, pois segundo os princípios desse programa, a inserção da equipe de saúde numa residência, exige o preparo prévio do psicólogo.

Diferentemente da abordagem adotada por outros profissionais, cabe ao psicólogo desenvolver uma atitude psicológica, embasada pela análise das relações interpessoais e dos vínculos estabelecidos no espaço familiar e escolar.

Referimo-nos à necessidade de dar atenção à explicitação do implícito, à compreensão dos conflitos e suas conseqüentes variáveis, sem envolver-se em suas resoluções ou execução. A presença do psicólogo no domicílio de uma família ou em uma escola, assim como em outros tipos de instituições, desperta ansiedades de diversas naturezas e com diferentes graus. O manejo dessas resistências, contradições e ambigüidades é um aspecto inevitável de sua tarefa (BLEGER, 1984).

Algumas orientações apresentadas por Bleger (2003) sobre a função do psicólogo durante a técnica de entrevista, podem ser assimiladas à conduta necessária para realização das visitas, na medida em que, estamos tratando de estratégias do psicólogo. Ao observar diretamente esses espaços, deve permitir que o campo observado se configure a partir das variáveis que lhe são próprias.

Ao descrevermos as visitas sugerimos atenção especial a alguns aspectos, abaixo especificados, mas a flexibilidade do psicólogo será fundamental para que exerça sua função de escutar, de vivenciar e de observar a situação.

Sabemos da importância de desenvolvermos uma escuta clínica a partir dos aspectos sócio-ambientais que nos são trazidos pelos pais e pela criança durante as entrevistas. A expressão *escuta clínica* é aqui sugerida considerando-se sua natureza no método clínico de base psicanalítica, cuja ênfase está em impor o mínimo de limites aquilo que é observado. Conforme esclarece Vizzotto (2003), o desenvolvimento dessa prática exige o registro do que ocorre, requerendo um observador capaz de abstrair suas sensações, suas emoções e sua subjetividade, ao mesmo tempo em que será incorporado ao contexto como uma das variáveis a serem consideradas.

De fato, a realização das visitas ocorre em espaços privilegiados para a interação da criança, ou seja, em sua casa ou em sua escola.

Sobre o papel do profissional diante desses dois ambientes, Amaro (2003) admite que na família há regras de convivência e relacionamento profissional mais flexíveis e descontraídos do que no contexto institucional, como o da escola. Indica que, muitas vezes, a presença do profissional, junto de seu cliente, acolhendo seu cotidiano, facilita a compreensão de suas dificuldades e favorece a relação entre eles. Por outro lado, argumenta Amaro (2003), devido à própria natureza da cotidianidade existe certa

desvantagem na falta de controle do profissional, pois o mesmo se insere no espaço do outro deve se ajustar às condições que encontrar.

Mesmo assim, voltamos nosso interesse para uma atividade clínica que igualmente contemple o desenvolvimento de uma escuta clínica direta do social, ou seja, com a observação *in loco* da família e da escola, na medida em que estamos nos referindo a locais de grande significação para a criança.

As exigências da realidade contemporânea impõem ao profissional o desafio de reconhecer a limitação da ação uniprofissional e de voltar-se para a necessidade de utilizar estratégias inovadoras, mais sensíveis à dimensão humana e que o tornam mais responsável pelos resultados de suas ações, conforme informações obtidas no Seminário Nacional sobre Aprender SUS (Sistema Único de Saúde) do Ministério da Educação e da Saúde.<sup>4</sup>

Como vimos anteriormente, toda e qualquer estratégia pode nos fornecer dados que posteriormente serão integrados ao rumo das hipóteses diagnósticas, da compreensão da criança e possivelmente de suas perspectivas de tratamento.

Estar em campo, observando essas relações sociais implica uma planificação dessa estratégia facilitando ao profissional conhecer seus objetivos e aprimorar sua conduta, assim como pressupõe uma atitude eminentemente ética diante dos dados obtidos e das pessoas envolvidas.

Assim, apresentamos a visita domiciliar e a visita escolar, enquanto procedimentos complementares à prática diagnóstica.

---

<sup>4</sup> **Seminário Nacional sobre Aprender SUS (Sistema Único de Saúde)** teve como objetivo discutir as relações entre a universidade, por meio de seus cursos de graduação na área da saúde e o sistema de saúde. Brasília, 16 e 17 de agosto de 2004.

**b. Visita Domiciliar:**

Estudos recentes na área da Psicologia da Saúde relatam experiências que se utilizaram dessa estratégia enquanto ação interventiva e não diagnóstica como pretende o presente estudo. Entre seus autores, citamos; De Palma *et al.* (2000); Paúl (2006); Santos (2006); Peixoto *et al.* (2006).

Embora para o psicólogo tal estratégia possibilite observar e interpretar o ambiente familiar, sabemos que essa, nem sempre foi a finalidade.

Assim, pareceu-nos pertinente situar historicamente a visita domiciliar a fim de explicitar sua importância na compreensão da conjuntura social na qual surgiu. O material bibliográfico encontrado foi de Martinelli (2003), associando a visita domiciliar ao surgimento do Serviço Social.

Martinelli (2003) relata que a visita domiciliar já no mundo antigo concretizava a possibilidade de ajuda oferecendo bens materiais (alimentos, roupas, calçados) para diminuir o sofrimento vivido por pessoas necessitadas como viúvas, órfãos, idosos e enfermos. Com a organização da Igreja Católica, amplia-se a ação dessas visitas, que passam a realizar-se com o objetivo de investigar as reais necessidades dos solicitantes.

Na Inglaterra do século XV, defendia-se a idéia da caridade tornar-se ciência, ou seja, operacionalizar o trabalho de modo a eliminar o risco de envolvimento emocional entre o provedor e aquele que recebia a assistência.

O desenvolvimento de hábitos de higiene e de educação foi uma das atividades complementares a essa proposta e, ainda segundo Martinelli (2003), tais medidas encontram uma grande receptividade, pois a população se mostrava preocupada com questões da saúde, uma vez que se constatava a vulnerabilidade da classe trabalhadora diante das precárias condições de vida.

Por outro lado, para a burguesia, a visita domiciliar permitia conhecer *in loco* a realidade dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que difundia o modo de pensar capitalista, e assim, inculcava a aceitação às condições políticas e religiosas dominantes.

A decadência do regime capitalista e da classe burguesa desencadeou manifestações contrárias ao uso da visita domiciliar para tal finalidade, gerando uma preocupação, tanto na Europa quanto na América, com a capacitação dos agentes para lidarem com a desordem social vigente.

Martinelli (2003) aponta para a crescente contribuição científica e técnica nas visitas domiciliares, requerendo profissionais envolvidos com o estudo das relações humanas e sociais. Portanto, a partir desse momento passa a constituir-se em uma prática consistente, fundamentada em critérios científicos, não mais relacionada à caridade nem à religião, mas interessada em atenuar sofrimentos físicos e sociais.

A busca de referências bibliográficas com relação a essa estratégia no âmbito da Psicologia revelou a ausência de estudos específicos sobre a técnica, especialmente na situação diagnóstica.

Encontramos em Péres-Ramos (1966) um destaque maior, neste caso totalmente voltada para a área da avaliação psicológica. A autora afirma que a visita domiciliar permite colher dados a respeito do comportamento da criança, bem como a influência que esta exerce sobre esse meio e a interação entre ambos.

A obtenção de informações, neste caso, acontece da maneira mais natural possível. A observação não deverá restringir-se a um integrante individualmente, mas sim, deve ser dirigida à dinâmica familiar e sua relação com a criança, valendo-se inclusive da possibilidade de nos depararmos com alterações de comportamento em um integrante, pelo fato de estar num contexto que lhe é conhecido.

Berenstein (1988) ao discutir a organização inconsciente dos grupos familiares, associa o espaço habitacional como expressão da estrutura familiar inconsciente. O autor discute uma teoria sobre o espaço familiar, em que dois elementos seriam centrais para a análise: a) *gráfico*: ou seja, a representação da moradia na perspectiva plana; e, b) *nomes dos ambientes*: nomeação atribuída aos ambientes da casa. A distribuição espacial servirá para estabelecermos representações de distância. Afirma que:

*“A distância espacial pode ser uma projeção da distância afetiva, ainda que possa também oferecer um modelo encobridor da mesma, mas há casos que nos permitem por em evidencia o espaço diagramado como resultado da relação constitutiva do vínculo de parentesco, portanto a menor distância da representação inconsciente da família”*  
(BERENSTEIN, 1998. p.160).

Não apenas os graus de proximidade são elementos para nossa análise, mas a intercomunicação entre os cômodos, a importância das paredes e das portas, que comunicam os espaços entre si. É ordenado de acordo com o modelo das relações familiares inconscientes *e sua determinação histórica é recriada na estrutura inconsciente ou no sistema relacional latente* (p.172).



Sempre que elaboramos a planificação gráfica do espaço de um grupo familiar, podemos estabelecer algum tipo de signo que se contrapõe a outro, em oposição. É possível pensar em cômodo com móveis *versus* cômodo sem móveis; lugares ocupados *versus* lugares ociosos; pai e filho caçula *versus* mãe e filho mais velho, por exemplo. Os espaços podem ter nomes característicos ou que careçam de denominação. No entanto, nunca lhes faltará um símbolo, a partir do qual poderemos relacioná-los (BERENSTEIN, 1988).

A visita familiar parece contribuir também para o bom desenvolvimento do *rapport*, atenuando a ansiedade inicial entre o psicólogo e a criança e/ou família, facilitando o contato inicial e também o estabelecimento do enquadre, que neste caso, deve ser permeado de certa plasticidade evitando situações difíceis de serem sustentadas.

Um outro aspecto que favorece o emprego da estratégia se refere às recomendações que podem ser sugeridas na etapa devolutiva.

A possibilidade de verificar as condições materiais que circundam a criança e sua família é um outro indicador que pode ser ressaltado. Essa informação, certamente, facilita a indicação de tratamentos e/ou de recomendações para o caso, pois considera os recursos dos quais a família e o próprio entorno dispõe. Conforme Berenstein (1988), *não apenas o plano habitacional é partilhado, mas também o plano afetivo e o econômico* (p.163).

Para Langer (1985), seguidora das idéias de Berenstein, a visita familiar também nos permite ponderar sobre as condições de intercâmbio no grupo. As distribuições espaciais da família em um determinado lugar marcam os setores de aproximação e de distanciamento.

Em uma mesma família há espaços que são comuns como a mesa para refeições, e espaços que são próprios, como a cama. A autora cita ainda como exemplo a mesa. Embora seja comum a todos da família, em alguns casos a mesa terá lugares estabelecidos, fixos para um ou outro membro. Em certas circunstâncias, mesmo vivendo em uma mesma casa, um casal ocupa quartos diferentes. Muitas vezes as crianças não têm acesso ao lugar das visitas, caracterizando-se como uma casa equipada para o mundo externo.

A visita domiciliar pode dar respostas sobre o funcionamento do grupo familiar, incluindo, além do plano econômico, o cultural, destaca a autora, pois nos deparamos com casas despersonalizadas e estruturadas por terceiros.

*“O sentido do estético varia nos diferentes setores sociais, mas sem desconhecer estas variáveis, o estado da casa indica o grau de reparação interna que cada integrante possa suportar no cuidado com seus vínculos. Mostra também a adequação ou inadequação que uma família pode ter nos distintos momentos de desenvolvimento da mesma; é diferente a necessidade de um casal apenas ou com um recém nascido, de outro que pode ter um matrimônio com filhos adolescentes, refletindo o grau de plasticidade da família” (LANGER, 1985, p. 70).*

A obtenção de informações sobre o ambiente da criança é valorizada por Pain (1986) e definida como uma condição externa que não pode ser desprezada quando diante dos problemas de aprendizagem. Ressalta a importância da descrição do espaço geográfico, o conforto da habitação, local para dormir, para fazer lições, brincar, entre outros. Além disso, a observação do grau de conservação da casa, os motivos religiosos, biblioteca, divisórias entre os cômodos, especialmente o do casal, etc, podem contribuir

para a identificação da cultura, da ideologia e da hierarquia de valores predominantes no lar.

Sobre a sistematização da visita domiciliar, Pérez-Ramos (1966) apresenta aspectos que devem ser compilados para que se atinja o objetivo proposto. Incluímos alguns outros indicativos, na tentativa de atualizá-los e aproximá-los dos objetivos do presente estudo:

- 1) **A criança em seu ambiente familiar:** observar a criança em seu núcleo conhecido e habitual, sua rotina diária naquele espaço e suas reações diante de determinadas situações. Tendo como base a proposta da autora, acrescentamos alguns outros indicadores como exemplificamos a seguir:
  - a) Atitudes dos pais ou responsáveis diante dos filhos: superprotetoras, negligentes, indiferentes ou ainda participativas e interessadas;
  - b) Asseio: da criança, dos demais integrantes e do ambiente;
  - c) Reações frente às imposições dos pais ou responsáveis: de indiferença, aceitação ou rejeição;
  - d) Comportamento durante as refeições: observar o grau de autonomia, se faz uso de utensílios compatíveis com sua idade;
  - e) Local onde dorme: individual ou com mais integrantes (irmãos, avós, tios), disposição das camas, objetos para facilitar o sono, grau de tranquilidade, adequação atmosférica e iluminação;
  - f) Tarefas escolares: em que local as realiza, se é um espaço previamente estabelecido, se há condições adequadas, se há sinais de valorização da produção da criança (desenhos e objetos feitos por ela expostos);
  - g) Outras atividades: como por exemplo, quais tarefas conseguem realizar, se tais tarefas são compatíveis ou não à idade cronológica, se atende ao telefone, a porta ou a alguma outra solicitação de outro integrante;

- h) Atitudes da criança diante dos que a rodeiam: observar como a criança se comporta frente aos pais, registrar diferenciação entre pai e mãe, irmãos, avós, tios, ou mesmo empregados, vizinhos ou pessoas que visitam a família, entre outros. Analisar possíveis alterações em contextos distintos, como na escola;
- i) A criança e o ambiente físico: como a criança lida com o espaço físico da casa, com sua mobília, como transita pelos cômodos, se tem fácil acesso ou há algum impedimento.

**2) Os familiares da criança e os demais membros que circulam pelo ambiente familiar:** o objetivo, neste indicador, é obter dados que subsidiem a verificação da atmosfera, ou seja, do clima familiar. Registra-se quem reside ou frequenta a casa e qual o tipo de relação que mantém com a criança. Pérez-Ramos (1966) fala sobre a observação do *jogo social familiar*. Sugere os itens de análise expostos a seguir:

- a) Aspectos da personalidade dos envolvidos: observar indicativos do perfil psicológico de cada um dos integrantes do grupo familiar;
- b) Verificar o quanto o contexto familiar é ou não facilitador do desenvolvimento de cada um deles (atitude colaboradora ou competitiva entre os membros, etc);
- c) Atitude dos familiares entre si e com a criança;
- d) Quem exerce e de que forma exerce a autoridade (pai, mãe, avô, irmão mais velho), rigidez ou flexibilidade no estabelecimento das regras e das ordens, a ambivalência, a liberdade ou o controle excessivo;
- e) Quem e de que forma manifesta afeto (explicitamente, por meio de contato físico, mimos, indiferença, frieza); e,
- f) Atitudes entre os irmãos (colaboradoras, competitivas, marcadas por intensa rivalidade ou ainda afetuosas).

**3) Ambiente físico:** sugere a autora que se descreva a casa, suas dependências, seus acessos, o local onde se localiza (bairro, comunidade), a disposição da mobília, conforto material, recursos materiais disponíveis, entre outros. Analisar se a mesma atende as necessidades da família e especialmente da criança, se estão ou não adaptados ao ambiente. Destaque para os seguintes aspectos:

- a) Dormitórios: compatíveis com as necessidades familiares, com quem a criança dorme, se sua cama se ajusta à sua idade;
- b) Banheiro: se exclusivo da família ou compartilhados com outros moradores (no caso de casas construídas em terrenos não urbanizados), se oferece privacidade, facilidade no acesso;
- c) Áreas sociais: se existe um espaço destinado a todos ou se a área social é compartilhada com a área privativa (casas com um único cômodo), se há restrições quanto ao uso dessa área;
- d) Áreas de expansão: refere-se a áreas cuja função é ampliar o domicílio, como varandas, terraços ou avanços. Verificar qual a motivação que gerou a criação desse espaço, tais como alugar e aumentar a renda familiar, incluir algum parente na residência.

A realização da visita domiciliar requer um planejamento prévio e o cuidado para que não se caracterize como um acontecimento social ou amistoso, mas sim na manutenção da atitude profissional.

Ainda com base nos estudos de Pérez-Ramos (1966), inicialmente é necessário o agendamento da visita (dia e hora definida), devendo ter, de um modo geral, duração de 30 a 45 minutos, havendo um período de 5 a 10 minutos de plasticidade. A família deve ser informada sobre a manutenção de sua rotina, não devendo dedicar-se a nada em especial para atender ao psicólogo. Outra recomendação

é para que o grupo evite comentar sobre os problemas da criança (trazidos na queixa-livre), especialmente em sua presença.

O enquadre deve prever que o psicólogo atue de modo natural, ainda que mesmo dispensando maior atenção à criança, não deve se deter nela. É importante a inclusão dos irmãos, amigos, parentes, vizinhos que, por acaso, estejam presentes na ocasião, como sugere a autora.

A presença de crianças exige que o psicólogo faça uso de recursos lúdicos como materiais gráficos, jogos de construção (cujos objetivos focam a esfera cognitiva como os quebra-cabeças), jogos sociais (que requerem a participação de mais de um jogador). Apesar de essa sugestão ser especificada por Pérez-Ramos (1966), nossa experiência levou-nos a concluir que a inclusão de qualquer material lúdico permite a manifestação de sentimentos e pensamentos, portanto facilita a observação.

Outra questão que merece ser pontuada é que percebemos as crianças comparecendo às clínicas acompanhadas por outras pessoas, integrantes da família (tios, avós, irmãos mais velhos, entre outros) ou mesmo vizinhos, madrastas, padrastos, amigos etc. Observamos que muitas vezes a própria inscrição é feita por algumas dessas pessoas, assumindo então a responsabilidade, e não pelo pai ou mãe da criança.

Não podemos deixar de lado que, ao nos referirmos à família, estamos englobando diferentes formas de relações, como as juridicamente constituídas ou não, os laços consangüíneos, a nuclear, a extensa, novas uniões, entre outras.

Segundo Passos (2001), esse dado revela que estamos diante de uma nova configuração familiar, com padrões de relacionamento familiar diferentes dos já conhecidos, como por exemplo, pais separados que residem juntos e com o filho,

presença da madrasta junto com a mãe da criança, primos que na realidade são meio irmãos da criança, entre outros.

O percurso já consolidado do desenvolvimento humano é desestabilizado diante da complexidade imposta pelas novas formas de interação. Assim, argumenta Passos (2001), “*o brincar não é mais exclusividade da criança, assim como o trabalhar não precisa mais ser a marca da idade adulta*” (p. 13).

A concepção de família se renova e merece ser levada em conta quando falamos de uma estratégia como a visita domiciliar.

Estudar a dinâmica da família no Brasil é considerado um grande desafio, reconhecem Cervený e Berthoud (2004), em consequência de existir um representativo índice de arranjos familiares em nosso país, marcado pela imensa diversidade cultural. As autoras argumentam que não existe a “*família brasileira*”, mas sim as “*famílias brasileiras*” caracterizadas por diferentes padrões econômicos, sociais e culturais. Tais configurações demandam do núcleo familiar a necessidade de adaptar-se e transformar-se, funcionalmente ajustando-se às transformações da vida.

O conhecimento da dinâmica, da estrutura e do processo de funcionamento da família deve ser priorizado, segundo as autoras, para poder atuar nesse âmbito. Cervený e Berthoud (2004), sustentam a necessidade de se construir práticas de atuação psicológica que efetivamente atendam as demandas das nossas famílias.

A inclusão dos aspectos sociais, culturais, econômicos e temporais se faz necessária para compreensão da família em seu contexto mais amplo, sustentam as autoras:

*“Quando fazemos recortes nos estudos da família, não podemos perder de vista que a realidade pesquisada retrata aquele contexto, incluído naquele momento histórico. Esta visão permite que possamos ampliar o nosso âmbito para programas de ação e prevenção sem cair em rótulos e verdades que podem tornar essas mesmas ações ineficazes”* (CERVENY; BERTHOUD, 2004. p. 18).

Considerando-se os objetivos do procedimento, a visita domiciliar complementa principalmente os dados levantados nas entrevistas iniciais e de anamnese e dessa forma enriquece o diagnóstico psicológico, redimensiona a fase devolutiva e facilita a interação com outros profissionais da área da saúde.

### **c. Visita Escolar:**

Após tratarmos, no último capítulo, da avaliação psicológica especialmente voltada para a queixa escolar, parece-nos interessante apresentar a visita escolar como estratégia diagnóstica, já que fizemos, anteriormente, algumas considerações sobre a complexidade de variáveis que envolvem esse tema.

Ao sugerirmos, por meio da visita, a observação direta do espaço escolar, estamos enfatizando a necessidade de se levar em conta outras variáveis provenientes das relações institucionais e que certamente atingem a produção escolar da criança.

Por outro lado, entendemos que apreender o cotidiano escolar, ainda que não completamente, pois seria uma tarefa impossível, pode provocar inquietações de



natureza política e social, que seriam de interesse de diversos campos do saber, como a Sociologia e a Antropologia.

Ao abordarmos a escola, estamos nos referindo a um lugar delimitado que integra crianças (alunos), professores, coordenadores pedagógicos, diretores, funcionários administrativos, merendeiras e pais de alunos. Nesse contexto, hierarquicamente organizado, se articulam esses diferentes segmentos, incluindo possíveis combinações entre si, como por exemplo, pais e professores, diretores e professores, alunos e professores, funcionários e alunos, entre outras possibilidades que compõem a totalidade da instituição escolar.

A presença do psicólogo nesse espaço pode facilitar a percepção de aspectos significativos sobre a criança que está sendo avaliada. Esclarecemos que não se trata de um psicólogo pertencente ao quadro administrativo da escola, mas sim de um profissional que realize a visita em função da compreensão do caso.

A utilização desta estratégia diagnóstica deve ser balizada pelo grau de envolvimento entre o psicólogo e a referida instituição escolar. Bleger (1984), referindo-se ao âmbito institucional, afirma que cabe ao profissional decidir sobre a realização ou não do trabalho, uma vez que tal iniciativa depende de sua própria capacidade para estabelecer um certo distanciamento operativo e instrumental, sem exigir de si mesmo neutralidade, nem passividade, mas indispensavelmente um enquadre que lhe possibilite atuar enquanto psicólogo.

Assim como ocorre na visita familiar, destacamos a necessidade de se investigar o grau de aceitação ou de rejeição que opera na escola diante dos objetivos da visita do psicólogo.

Embora possamos contar com atitudes receptivas e interessadas por parte dos responsáveis pela instituição quanto à resolução dos problemas da criança, muitas vezes a resistência se faz presente. Como afirma Jaitin (1987), essa relutância se constitui em mais um elemento passível de análise, pois de certo modo caracteriza a dinâmica da escola.

O contato diário com crianças, comumente advindas de realidades sócio-culturais e econômicas distintas, gera ansiedades e é comum nos depararmos com professores super exigidos e inseguros com relação ao cumprimento de sua função. Ações que exigiriam um trabalho coletivo por parte dos professores, são realizadas isoladas e solitariamente. Os baixos salários e a conseqüente necessidade de complementar a renda ampliando a jornada de trabalho, a desvalorização do professor e a ausência de um sistema educativo consistente desencadeiam sentimentos de fracasso e dificuldade de se unirem em torno de objetivos educacionais.

Essa sobrecarga emocional se transforma, segundo Jaitin (1987) na contenção da ansiedade e na angústia produzindo, por vezes, a falsa necessidade de capacitação técnica, como forma de aliviar essa ansiedade, mas que acabará acumulando mais exigências ao trabalho.

Nem sempre nos deparamos com professores que reconhecem esse estado emocional, nem mesmo a interferência de suas características de personalidade no processo de aprendizagem da criança. Para Lebovici *et al.*, (1980) essa interferência pode atingir o desempenho escolar, favorecendo-o ou não, uma vez que, ao fazer uso de determinados procedimentos pedagógicos, o professor apresenta a marca de sua personalidade, lançando sobre a criança seu próprio ideal de Ego.

Essa questão pôde ser observada em recente pesquisa realizada por Simic e Soric (2004), confirmando a relação entre fatores de personalidade e atitudes do

professor com os métodos empregados e valores atribuídos na avaliação do desempenho escolar de crianças. Os autores sugerem aspectos como a objetividade, a rigidez, a estabilidade emocional e as atitudes positivas e negativas, que superestimam ou subestimam o modo como classificam os resultados de seus alunos.

Uma das possibilidades oferecidas por essa estratégia é, conforme Jaitin (1987), observar a qualidade da relação que a criança estabelece com os adultos (professores, funcionários, diretores), com seus pares (os colegas de sala) e com as tarefas que lhe são exigidas. A partir destas observações, segundo a autora, podemos obter indícios sobre o modo como a criança se relaciona consigo mesma, com os outros e com o mundo externo.

Ainda na mesma perspectiva, a autora sugere que se atente para o ritmo com que ocorrem os intercâmbios e a comunicação entre a criança, seus colegas e professores. Desse modo, é possível compreendermos sua forma de vincular-se à escola e à realidade, visto que os mecanismos de conexão interpessoal indicam também o nível intrapsíquico, ou seja, o modo de funcionamento interno.

Não podemos pensar na escolaridade apenas como a relação com o saber. Para a psicanálise, os professores reeditam com seus alunos uma relação muito similar àquela que os pais mantêm com seus filhos. O sucesso escolar do filho alimenta o ideal de Ego dos pais, assim como, para o professor, o sucesso de seu aluno responde a sua satisfação de ensinar (JAITIN, 1987).

Para Outeiral (1997), o grau de significação atribuído pelos pais à escola, aos estudos e às relações com a aprendizagem, seguramente afetam a qualidade da relação que a criança mantêm com a escola. O autor explica que, inicialmente os pais e, mais tarde, os professores e a escola funcionam como mediadores do desejo de saber e

de obter prazer pelo saber. Afirma que “*um pode compensar o outro ou anular seus efeitos*” (p.361).

A escola assume um valor essencial no desenvolvimento da criança e isso se deve, segundo Outeiral (1997), a sua característica de ser uma “*simulação da vida*”, em que há regras a serem respeitadas, mas também é possível transgredi-las sem sofrer as mesmas conseqüências que a sociedade impõe. Dessa forma, a criança pode estar diante da oportunidade de aprender pela transgressão.

*“A escola não oportuniza, entretanto, somente a relação com o saber e, como atividade eminentemente grupal, também tem funções de sociabilização. Em busca de sua identidade o jovem encontra na microssociedade que é a escola um sistema de forças que atuam sobre ele – entre outras coisas, reedita seu ciúme fraterno, compete, divide, rivaliza, oprime e é oprimido, ou seja, reproduz o sistema social”* (OUTEIRAL, 1997. p.361).

A escola, as salas de aulas, as carteiras, muito mais do que um espaço real, tudo é entendido pelo referido autor, como um lugar “*imaginário*”, no qual o aluno percebe seus desejos e seus medos. É o cenário para que ocorra um interjogo de forças inconscientes que, tanto podem conflitar-se, quanto se agregar, através de situações manifestas e evidentes, ou mesmo latentes e ocultas. Mas, em ambos os casos, sinalizadoras da dinâmica institucional.

Pain (1986), conforme afirmamos anteriormente, ressalta a importância de descrevermos o espaço geográfico da casa. No entanto, acrescenta que classificar o paciente numa determinada classe social não é suficiente, mas é necessário compreender

seu nível de participação e consciência social, como parte do território no qual se organiza a aprendizagem.

Além da casa, a autora admite como conveniente conhecer o tipo de escola que a criança frequenta, para determinar em que medida representa um prolongamento do lar e compartilha sua ideologia, ou significa uma ruptura que anula a ideologia predominante.

Alguns outros parâmetros são apontados por Pérez-Ramos (1966) e podem subsidiar nossa análise com a apreciação de elementos mais concretos. Ao discutir a análise do material escolar, a autora sugere ao profissional que analise as condições do ambiente na escola através do exame dos métodos aplicados ao ensino, do material didático adotado, do sistema de avaliação do desempenho, das verbalizações dos professores e da sua adaptação às diferenças individuais de seus alunos. Acrescenta ainda que as atitudes e interesses da criança devem ser verificados a partir do rendimento que obtém em cada uma das disciplinas que lhe é oferecida.

Além dos autores já citados, a investigação bibliográfica sobre a visita escolar, enquanto uma estratégia diagnóstica, foi encontrada em outros autores, tais como: Machado (1996); Souza (1996); Machado; Sayão e Souza (1997), entre outros, que a privilegiam em detrimento da utilização das demais técnicas psicológicas.

Apresentamos a Visita Escolar de maneira integrada, introduzindo alguns pontos elaborados a partir das sugestões acima descritas e outras, obtidas a partir de nossa experiência.

As técnicas de observação e de entrevista se constituem nos recursos fundamentais para operacionalização da visita. Assim, destacamos:

**1) o ambiente escolar:** observar aspectos gerais que envolvem o processo educativo. Por exemplo:

- a) Espaço físico: como as crianças transitam pelo espaço, como os inspetores de alunos, faxineiros etc orientam as crianças no espaço escolar, descrever o espaço físico da escola, verificar a porta pela qual as crianças entram e saem, o pátio no qual se realiza o recreio, as condições desse espaço, se há brinquedos, de que tipo (coletivos ou individuais), se facilita ou não o contato entre as crianças, o nível de ruído do pátio e das salas de aula;
- b) Higiene ambiental: observar se é um local aprazível para a convivência das crianças, se é limpo, se oferece condições de manter-se higienizado;
- c) Disposição do espaço e o mobiliário: se favorece a dinâmica grupal entre os alunos, se os professores possuem uma sala reservada, se os alunos e professores têm acesso à secretaria, à coordenação pedagógica, à diretoria, à biblioteca, à quadra esportiva; se as carteiras são ajustadas à faixa etária dos alunos;
- d) Merenda, materiais pedagógicos, livros e recursos audiovisuais: disponibilidade para uso dos alunos e professores, relação que a criança mantém com o momento de servir a merenda;

**2) a criança e os demais envolvidos no processo educativo:** trata-se da observação e da entrevista com alguns integrantes do contexto escolar que podem nos fornecer informações que complementem nossa avaliação. Por exemplo:

- a) Entrevistar a professora: investigar como a criança se comporta na classe, diante de situações difíceis, como é sua relação com a professora e com os demais colegas da classe, se há proximidade com algum colega, solicitação ou não de esclarecimentos, execução de trabalhos

individuais e em grupo. Esses dados devem ser obtidos a partir do olhar da professora. Interessa-nos o registro que a professora faz da criança;

- b) Atitude assumida pela professora e pela escola diante do mau desempenho escolar das crianças, reação da criança diante de seu mau desempenho e das alternativas para superá-lo;
- c) Participação e relação dos pais ou responsáveis com a professora e escola de modo geral; e,
- d) Observação da criança na situação de recreio e atividades livres, interação e participação nas brincadeiras coletivas.

Sobre a sistematização da visita escolar, entendemos que o psicólogo deve preocupar-se em conhecer o que vem sendo feito pela criança, se há uma atitude compreensiva, comprometida com seu desenvolvimento integral, considerando o máximo possível os elementos implicados no processo escolar.

Embasado nessa premissa, organiza sua visita e, do mesmo modo que na visita familiar, espera-se que agende previamente o encontro, inclusive que informe à professora, bem como à criança e seus pais, pois não deve ser visto na escola sem que criança saiba qual o objetivo de sua visita. Isto despertaria na criança fantasias sobre a presença do psicólogo na escola.

Sugere-se que seja realizada a devolução de informações à professora e à escola, fazendo uso inclusive dos recursos observados durante as visitas.

Entendemos que o uso desses procedimentos na avaliação da criança não deve prevalecer sobre outras estratégias, nem substituí-las, mas acrescentá-las. Com isso, estaremos ampliando nossa investigação, obtendo subsídios de contextos pouco ou quase nada investigados. Ao mesmo tempo, destacamos que não significa que seriam aplicáveis a qualquer tipo de queixa, como se fosse um procedimento padrão.

Nossa intenção é apresentar recursos clínicos dinâmicos que poderão ou não ser viáveis em determinados casos, a depender de como se configuram.

Estamos sugerindo a Visita Domiciliar e a Visita Escolar, como estratégias diagnósticas voltadas para a análise dos espaços sócio-interacionais da criança. A partir dessas visitas, novos questionamentos e novos dados podem surgir, além dos já presentes na avaliação, certamente apontando para um entendimento mais representativo do fenômeno a ser analisado.

Como quaisquer outras estratégias, funcionam com guias para análise diagnóstica. Se as utilizarmos mecanicamente, deixam de ter sentido, pois, como tentamos mostrar acima, nossa atenção não está centrada na coleta das informações em si, mas na articulação que é possível fazer a partir dessas informações.

A abrangência dessa análise vai depender diretamente do entrelaçamento dos aspectos sociais e individuais, que desta forma não se constituem em aspectos antagônicos, mas mutuamente determinantes ao longo do desenvolvimento humano.

A implicação da família e da escola na identificação das necessidades da criança abrange também a co-responsabilidade desses setores para com sua saúde mental.

A importância de se considerar a complexidade desse interjogo contempla a perspectiva do social na condução diagnóstica, sem deixar de lado o olhar para as particularidades subjetivas da criança.



## OBJETIVOS

O presente estudo foi realizado em duas etapas:

Objetivo da 1<sup>a</sup>. Etapa:

- Descrever e comparar os processos de psicodiagnóstico da criança com queixa escolar, em uma Clínica-Escola, em dois momentos históricos distintos (1983 e 2001).

Objetivos da 2<sup>a</sup>. Etapa:

A partir dos dados identificados na fase anterior, nossos objetivos foram:

- Propor estratégias diagnósticas complementares voltadas para a compreensão da interação da criança com queixa escolar e os espaços de significação social.
- Descrever a Visita Domiciliar e a Visita Escolar enquanto estratégias complementares à prática diagnóstica.

## MÉTODO

Considerando-se que este estudo desenvolveu-se em duas etapas de trabalho, cada qual com procedimentos distintos, apresentamos a seguir as estratégias e instrumentos utilizados em cada etapa.

### **a. Primeira Etapa:**

Consistiu em demonstrar comparativamente como se processava o psicodiagnóstico da criança com queixa escolar, em uma clínica-escola, em dois momentos históricos distintos, 1983 e 2001. Buscamos identificar quais as etapas diagnósticas adotadas, quais instrumentos, procedimentos e/ou recursos técnicos utilizados nos dois períodos de tempo especificados.

#### **a. 1) Local:**

Foram analisados os arquivos inativos (1983) e ativos (2001) da Clínica-Escola de Psicologia do Curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo.

Trata-se de uma instituição com 32 anos de existência, consolidada no que diz respeito ao ensino da Psicologia. Mantém relações com a Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, e é responsável pela realização dos estágios acadêmicos e dos atendimentos à comunidade<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> É reconhecida pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo através do documento no. PJ 354, conforme aprovação em reunião plenária no. 337<sup>a</sup>. de 26/12/1983.

Tal opção deve-se especialmente ao fato de nossa atuação acadêmica estar ligada à referida instituição, o que facilitou nosso acesso ao material arquivado.

**a. 2) Escolha dos prontuários (idade, tipo de queixa e nível sócio-econômico):**

A partir do estudo anterior realizado por Avoglia *et al.* (2002), que consistiu em caracterizar as queixas da clientela infantil que buscou a triagem nessa clínica-escola, entre março e novembro de 2001. No estudo, analisou-se a totalidade dos protocolos das crianças, com idade entre 0 e 12 anos, o que permitiu identificar o perfil da demanda quanto às variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, fonte de encaminhamento e tipo de queixa. Concluiu-se que a maior incidência de queixas foi do tipo cognitiva (37,3%), em meninos em idade escolar (68,5%). A análise das queixas, no referido estudo, teve como parâmetro a classificação proposta por Antony (1975), que define como cognitiva expressões envolvendo aprendizagem, leitura, escrita, memória e pensamento. O estudo considerou que a escola se constitui num espaço privilegiado de observação do desenvolvimento da criança, assim como continua sendo a maior fonte de encaminhamento.

Apesar do estudo citado referir-se especificamente a uma clínica-escola, identificamos a compatibilidade com o perfil da clientela infantil de outras instituições equivalentes, como demonstra o trabalho de Ancona-Lopez, (1984); Santos *et al.* (1993); Silvares (1993); entre outros.

O perfil sócio-econômico dos usuários desta clínica-escola nos pareceu igualmente relevante para compor nossa opção. Conforme dados fornecidos pelo Serviço Social da instituição, concluímos que predominam clientes classificados na camada denominada de *baixa inferior e baixa superior*, o que exige um compromisso

---

institucional norteado para o atendimento a uma demanda diferenciada do ponto de vista econômico e social.

Julgamos importantes as considerações acima apresentadas, pois fundamentam nossa opção por realizar um trabalho voltado para a clientela dessa faixa etária, com esse tipo de queixa e dessa camada sócio-econômica.

Os prontuários arquivados na referida clínica-escola foram nossa fonte de dados.

Primeiramente foram escolhidos prontuários referentes a casos concluídos, ou seja, aqueles nos quais não houve desistência por parte do cliente ou o surgimento de qualquer obstáculo que impedisse a finalização. Um segundo critério levou em conta a idade do cliente. Trabalhamos com prontuários de crianças em idade escolar, ou seja, entre 07 e 10 anos.

Como terceiro indicador, nos referimos à queixa apresentada por ocasião da triagem e entrevista inicial. Nela, consideramos os casos nos quais identificamos a queixa escolar, expressa pelos pais ou responsáveis pela criança, mesmo na ausência de encaminhamentos (relatórios por escrito, solicitações por telefone, entre outros) vindos diretamente da escola através da professora, coordenadora pedagógica, diretora, entre outros. Contudo, a queixa escolar muitas vezes se apresentou associada a questões de ordem afetiva, e estes casos foram incluídos no estudo.

A qualidade dos apontamentos e registros descritos nos relatórios se constituiu num outro parâmetro, a nosso ver necessário, pois nosso contato deu-se apenas com o relatório do caso. Sendo assim, por tratar-se de casos arquivados, não havia como recorrer diretamente ao cliente, nem mesmo ao estagiário que o atendeu para esclarecer possíveis dúvidas.

**a .3) Análise dos dados:**

Os dados obtidos foram sistematizados por meio de frequência absoluta (*fa*) e frequência relativa (*fr*). Com relação a 1983, foram utilizados 116 prontuários (70,73%) que correspondem à totalidade dos atendimentos realizados. Os dados de 2001 foram obtidos a partir de 48 prontuários, ou seja, 29,26%. No total contamos com 164 prontuários (*N=164*) com psicodiagnóstico concluído.

Os prontuários foram analisados e comparados a partir dos seguintes indicadores:

- a) descrição seqüencial das etapas realizadas para a conclusão do psicodiagnóstico: o que foi feito e em que ordem temporal ocorreu cada uma das etapas;
- b) número de sessões: quantos encontros foram necessários para se efetivar a conclusão do processo psicodiagnóstico;
- c) recursos técnicos utilizados: os instrumentos usados, incluindo testes psicológicos de qualquer natureza, ou seja, psicométricos, projetivos, escalas, procedimentos clínicos, entrevistas diversas, entre outros.

**b. Segunda Etapa:**

Para a identificação das estratégias diagnósticas complementares destinadas à compreensão da interação entre a criança com queixa escolar e os espaços de significação social, ocupamo-nos com a apresentação de seis casos clínicos de psicodiagnóstico infantil. Neles, utilizamos as estratégias de Visita Domiciliar e Visita Escolar, que foram discutidas e integradas contribuindo para compreensão dos casos.

A exposição dos casos em questão para fins de pesquisa científica foi devidamente comunicada aos responsáveis, que a autorizaram mediante a garantia de manutenção do sigilo e de nenhum prejuízo de ordem psicológica ou física (Anexo A) conforme exigência do Ministério da Saúde através do Conselho Nacional de Saúde.<sup>5</sup>

Primeiramente, nossa preocupação consistiu em selecionar casos nos quais a queixa escolar fosse evidenciada durante a realização da triagem (que se refere ao momento de acolhimento ao cliente e precede o processo psicodiagnóstico).

Ao falarmos em *queixa escolar* estamos nos referindo especialmente à manifestação da busca de ajuda psicológica a partir de uma motivação advinda do contexto escolar. Nos valem das contribuições de Linhares *et al.* (1996), já especificadas no capítulo anterior “*Avaliação Psicológica da Queixa Escolar*”, pois exemplifica os diversos termos que caracterizam a procura de ajuda psicológica motivada por dificuldades escolares.

#### **b. 1) Casos clínicos:**

Os casos aqui selecionados para ilustrar o estudo se referiram a crianças, de ambos os sexos, com idades entre 7 anos e 8 meses e 9 anos e 4 meses, que receberam nomes fictícios, garantindo o sigilo do material.

Quanto à escolaridade, freqüentavam as primeiras séries do ensino fundamental em escolas da rede pública do município de São Bernardo do Campo, Região Metropolitana de São Paulo. Integravam uma classe sócio-econômica considerada baixa.

---

<sup>5</sup> Termo de Consentimento Livre Esclarecido elaborado a partir das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, 1997. (Anexo 1).

**b. 2) Local:**

Os atendimentos foram realizados pela própria autora, na Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), localizada na em São Bernardo do Campo – São Paulo.

**b. 3) Recursos técnicos:**

Por tratar-se de processos de avaliação psicológica de crianças com queixa escolar, conforme mencionado, cada caso apresentado exigiu a utilização de técnicas e estratégias compatíveis com suas especificidades. Destacamos algumas como:

- a) Entrevista Inicial com pais (OCAMPO *et al.* 1985)
- b) Entrevista de Anamnese com pais (ABERASTURY, 1989)
- c) Escala Wechsler de Inteligência para crianças - WISC III
- d) Hora de Jogo Diagnóstica (OCAMPO *et al.* 1985)
- e) Técnicas Projetivas Gráficas (VAN KOLCK, 1984; HAMMER, 1991; BUCK, 2003)
- f) Entrevista Familiar Diagnóstica (SOIFER, 1989; ARZENO, 1995)
- g) Visita Domiciliar
- h) Visita Escolar
- i) Entrevista Devolutiva com Pais e com Criança (OCAMPO *et al.*, 1985; ARZENO, 1995).

De um modo geral, orientamo-nos a partir da proposta compreensiva, já discutida, porém incluindo as estratégias por nós sugeridas (visita familiar e escolar) no decorrer deste trabalho.

**b. 4) Procedimento para coleta dos dados:**

As Triagens das crianças foram realizadas em duas ou três entrevistas e tiveram como roteiro o modelo adotado pela referida clínica-escola (Anexo B). Os atendimentos para avaliação psicológica ocorreram no período de setembro de 2003 a fevereiro de 2005. Em média os processos diagnósticos foram concluídos em oito sessões.

**b. 5) Procedimento para análise dos dados:**

Os dados derivados das diversas técnicas e estratégias utilizadas (testes, entrevistas, observações, visitas) foram analisados e integrados qualitativamente em uma síntese interpretativa, conforme preconiza o modelo compreensivo (TRINCA, 1984). Nesse modelo considera-se a especificidade da tarefa diagnóstica e a procura de um sentido para o conjunto das informações obtidas a partir do emprego de múltiplos referenciais, evitando assim a unilateralidade que atinge os demais processos, contemplando a visão totalizadora do indivíduo.



## V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Retomando os objetivos deste estudo, foram realizadas duas etapas, sendo que na primeira, ocupamo-nos da identificação e comparação dos processos diagnósticos realizados em 1983 e 2001, já na segunda, apresentamos as visitas familiar e escolar como estratégias que contemplam a perspectiva do social na avaliação psicológica da criança que apresenta dificuldades escolares.

Apresentaremos a seguir os resultados obtidos em cada uma dessas etapas do trabalho.

### a. Sobre a Primeira Etapa:

Foram incluídos em nossa amostra 116 prontuários (70,73%) de clientes atendidos durante o ano letivo de 1983, mantendo, portanto, a totalidade dos casos arquivados. Quanto aos dados de 2001, buscamos igualmente a totalidade dos prontuários e obtivemos apenas 48, ou seja, 29,26%. No total, contamos com 164 prontuários, como nos mostra a Tabela 1:

**Tabela 1: Prontuários Analisados em 1983 e 2001**

Prontuários	No. de Prontuários	
	<i>fa</i>	<i>fr</i>
1983	116	70,73%
2003	48	29,26%
Total de Prontuários	164	100%

A diferença entre o número de prontuários de 1983 e 2001 (68 prontuários) pode ser justificada devido a alterações na grade curricular dos estágios na clínica-escola na qual realizamos o estudo, pois cada estudante atendia, no mínimo, um caso e o número de estudantes que freqüentava o curso que era mais elevado 18 anos atrás. Mesmo assim, entendemos que tal diferença, embora mereça ser relativizada, não compromete os objetivos desta etapa do nosso trabalho.

Cada prontuário de 1983 e de 2001 foi analisado a partir dos seguintes indicadores, conforme especificado no método:

- a) descrição seqüencial das etapas realizadas para a conclusão do psicodiagnóstico: o que se deu e em que ordem temporal ocorreu cada uma das etapas;
- b) número de sessões: quantos encontros foram necessários para se efetivar a conclusão do processo psicodiagnóstico; e,
- c) recursos técnicos utilizados: quais foram os instrumentos usados, incluindo testes psicológicos de qualquer natureza, ou seja, psicométricos, projetivos, escalas, procedimentos clínicos, entrevistas diversas, entre outros.

Tomando-se por base esses indicadores, obtivemos os seguintes resultados sistematizados inicialmente no Quadro 1, apresentado abaixo, que ilustra a descrição das etapas que compuseram os processos psicodiagnósticos realizados em 1983:

**Quadro 1: Descrição das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos realizados em 1983**

<b>Etapas em ordem de ocorrência</b>	<b>Descrição do que era realizado em cada etapa</b>
Entrevista Inicial	Caracterizada pelo esclarecimento de informações ambíguas, como por exemplo: “ <i>ele não aprende bem</i> ”; “ <i>acho que ele não tem boa memória para ler e escrever</i> ”; etc. Atualizava dados registrados na queixa inicial, como: uso de medicamentos, regularidade na frequência à escola, etc. Também era estabelecido o enquadre diagnóstico. A maioria (73,41%) dos casos atendidos estava aguardando atendimento em Lista de Espera por no mínimo um ano e 6 meses.
Entrevista de Anamnese	Realizada com os pais da criança, seguindo um roteiro previamente definido. Em 42,24% dos prontuários analisados, verifica-se que esta era realizada em uma única sessão. Já para 57,65% dos prontuários mostrou que esta dava-se em mais de uma sessão.
Hora de Jogo Diagnóstico	Com a participação exclusiva da criança e segundo a orientação de Ocampo <i>et al.</i> (1985). Procedimento presente em 71,55% dos casos.
Aplicação de Testes Projetivos	Caracterizavam-se por serem os primeiros a serem aplicados no cliente, ocupando no mínimo 2 e no máximo 5 sessões.
Aplicação de Testes Psicomotores	Nem sempre eram aplicados antes dos testes de nível intelectual. Em muitos casos observamos que eram os últimos na seqüência de testes. Ocupavam cerca de 2 a 3 sessões do processo diagnóstico.
Aplicação de Testes de Nível Intelectual	Na maioria das vezes (78 casos = 67,24%) ocorria ao final da etapa de testes e comumente eram aplicados 2 ou 3 testes de nível intelectual.
Entrevista de Devolução aos Pais	Conforme orientação apresentada por Ocampo <i>et al.</i> (1985). Consideramos a presença do casal quando, mesmo estando

	separados, ambos foram convidados para participar da devolutiva, mesmo que em dias diferentes. Realizada em uma única sessão (65 casos = 56,03%) e com a presença de apenas um dos pais ou responsáveis. (89 casos = 76,72%) e sem a presença do cliente (100%).
Entrevista de Devolução a Criança	Igualmente seguia a proposição de Ocampo <i>et al.</i> (1985), e sempre ocorrendo separadamente dos pais.
Tipo de Encaminhamento	Observou-se a predominância da Ludoterapia (102 casos = 87,93%), seguida da Orientação aos Pais (94 casos = 81,03%), Avaliação Neurológica (81 casos = 69,82%), acompanhamento psicopedagógico (37 casos = 31,89%). Em todos os casos eram registrados encaminhamentos combinados, ou seja, dois ou mais prosseguimentos são sugeridos para o caso.
Média de Sessões	O número de sessões para realização do psicodiagnóstico era de no máximo 18 e no mínimo 6, perfazendo uma média de 12 encontros para finalização do processo.

A seguir, na Tabela 2, observa-se as etapas anteriormente descritas e nos mostra a frequência de cada uma delas nos processos psicodiagnósticos realizados em 1983.

Tabela 2: Frequência das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos Realizados em 1983

Etapas Diagnósticas	Frequência nos Prontuários de 1983 (N=116)		Observações
	<i>fa</i>	<i>fr</i>	
Entrevista Inicial	116	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguardavam atendimento em Lista de Espera: 84 casos (<i>fr</i> = 73,41%) por no mínimo um ano e seis meses</li> <li>• Em uma única sessão: 49 casos (<i>fr</i> = 42,24%)</li> </ul>
Entrevista de Anamnese	116	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em mais de uma sessão: 67 casos (<i>fr</i> = 57,75%)</li> </ul>
Hora de Jogo Diagnóstica	83	71,55%	
Aplicação de Testes Projetivos	116	100%	
Aplicação de Testes Psicomotores	92	79,31%	
Aplicação de Testes de Nível Intelectual	116	100%	<p>Em 78 casos (<i>fr</i> = 67,24%) ocorre ao final da etapa de testes e comumente são aplicados dois ou três testes de nível intelectual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em uma única sessão: 65 casos (<i>fr</i> = 56,03%)</li> <li>• Contanto com a presença</li> </ul>

Entrevista de Devolução com Pais	116	100%	de apenas um dos pais ou responsáveis em 89 casos ( <i>fr</i> = 76,72%)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem a presença do cliente 116 (<i>fr</i> = 100%).</li> </ul>
Entrevista de Devolução com a Criança	116	100%	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ludoterapia: 102 casos (<i>fr</i> = 87,93%)</li> <li>• Orientação aos Pais: 94 casos (<i>fr</i> = 81,03%)</li> </ul>
Tipos de Encaminhamento	116 (combinados)	100%	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação neurológica: 81 casos (<i>fr</i> = 69,82%)</li> <li>• Acompanhamento Psicopedagógico: 37 casos (<i>fr</i> = 31,89%)</li> </ul>
Média de Sessões	12		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo: 18 sessões</li> <li>• Mínimo: 6 sessões</li> </ul>

Pode-se observar no Quadro 1 e na Tabela 2 que há indicativos de que o psicodiagnóstico realizado em 1983 contava com uma seqüência de etapas bastante determinadas e, de certa forma estanques. Observamos a presença de variações apenas quando se trata da aplicação dos testes psicomotores e dos testes de nível intelectual. Em apenas alguns protocolos são primeiramente aplicados os de nível intelectual, o que não ocorre na maioria 78 protocolos (67,24%), nos quais os psicomotores vêm primeiro.

A Entrevista Inicial é a primeira etapa diagnóstica para a totalidade dos prontuários analisados ( $N = 116$ ). A Entrevista Inicial para todos os casos pode ser justificada por seu aspecto técnico, ou seja pela necessidade de estabelecer o primeiro

contato com o profissional, como propõem Ocampo (1985) e Arzeno (1995). Contudo, também podemos pensar que este momento inicial caracterizava-se pela necessidade de atualizar as informações obtidas na Triagem, considerando-se principalmente o fato de que estes casos estavam, no mínimo, há um ano e meio aguardando atendimento em Lista de Espera. Imaginamos que entre a data na qual a Triagem foi realizada e o atendimento propriamente dito, houve um período de tempo capaz de provocar mudanças significativas na vida da criança.

A Entrevista de Anamnese também foi encontrada em todos os casos analisados ( $N = 116$ ). Observa-se, os prontuários, uma coleta de dados bem objetivos sobre o desenvolvimento da criança. Observa-se ainda, um período de tempo curto para a realização da Anamnese. Para 49 dos prontuários ( $fr = 42,24\%$ ) verificados, a Anamnese era realizada em uma única sessão. Já para 67 deles ( $fr = 57,65\%$ ), em mais de uma sessão. Possivelmente a presença de um roteiro previamente estabelecido facilitou a obtenção dos dados, além de tornar esse tipo de entrevista mais objetivo, portanto mais dirigido e necessitando um tempo menor para sua realização.

A Hora de Jogo Diagnóstica foi um procedimento utilizado em 83 casos ( $fr = 71,55\%$ ). Nos demais casos, tratavam-se de crianças mais velhas (com idade próxima aos 10 anos). Mesmo assim, consideramos um número inexpressivo, indicando que o grau de importância atribuída a essa estratégia era pouco representativo.

Entendemos, tal como propõe Aberastury (1989) que a Hora de Jogo Diagnóstica é de fundamental importância na avaliação da criança, um vez que possibilita a comunicação com a criança, além da identificação de suas fantasias inconscientes de enfermidade e cura.

Outro aspecto interessante identificado nas etapas diagnósticas em 1983 se refere à aplicação de testes projetivos, que, assim como os testes de nível intelectual foram usados em todos os casos de nossa amostra. Essa informação parece nos indicar a presença de hipóteses voltadas a dificuldades maturacionais nas crianças com queixa escolar. A associação entre as dificuldades na aprendizagem com problemas no nível de

inteligência parece relevante nesta época, pois conforme constatamos, em todos os casos avaliou-se o nível intelectual das crianças.

Os testes projetivos mostraram-se presentes na totalidade dos casos ( $N = 116$ ). No entanto, torna-se mais complexo pensar sobre este aspecto, levando em conta que, muitas vezes, o teste projetivo é um recurso para facilitar a comunicação com o cliente, especialmente quando nos referimos aos projetivos gráficos, como destaca Alves (1997). Esses resultados parecem demonstrar que a relação entre as dificuldades na aprendizagem e as questões de ordem afetiva se constitui também numa hipótese tão relevante quanto a associação com problemas de ordem intelectual.

Os testes com finalidade psicomotora foram aplicados em 92 dos protocolos, ou seja, em 79,31% do total analisado de 1983. Apesar de não contarmos com a totalidade, temos um número elevado de casos, cuja hipótese diagnóstica aponta para a presença de comprometimentos neurológicos e psiconeurológicos.

A Entrevista de Devolução aos pais ou responsáveis pelo cliente, segue a orientação proposta por Ocampo *et al.* (1985) e incidiu em todos os casos dos prontuários pesquisados. Em nenhuma delas observou-se a presença do cliente.

Destacamos que em 56,03% dos casos uma única sessão foi necessária para devolver as informações aos pais. Sobre a presença do casal (pai e mãe, tutor e tutora), registra-se que, em sua maioria (76,72%) apenas um membro comparece para receber a devolutiva. Mesmo quando diante de casais separados ou em vias de separação não há o registro de uma entrevista com cada um deles isoladamente.

A etapa devolutiva pareceu merecer por parte do profissional uma relevância mais limitada, pelo menos na época, pois, apesar de não contar com a participação do casal, não foi observado nenhum registro de outras oportunidades para se conseguir atingir o objetivo de informar as conclusões aos dois integrantes do casal.



Em todos os prontuários que compuseram nossa amostra, as crianças foram convidadas a participar da Entrevista de Devolução de Informação. No entanto, em nenhuma delas houve a presença conjunta de pais e filhos, indicando que possivelmente a observação da dinâmica familiar era menos explorada na condução diagnóstica.

Embora compreensível que em alguns casos o mais produtivo é devolver as conclusões diagnósticas separadamente (pais numa sessão e filhos em outra), em outros, considera-se a importância da dinâmica familiar na elaboração dos sintomas da criança e, nesses casos a devolutiva compartilhada seria mais enriquecedora para o desenvolvimento do caso, conforme aponta Arzeno (1995).

Quanto aos tipos de Encaminhamentos indicados nos prontuários, identificou-se que estes eram sempre combinados, ou seja, mais de uma orientação era atribuída ao caso, como por exemplo: Avaliação Neurológica e Ludoterapia. Assim, os resultados mostram a Ludoterapia como predominante (87,93%), seguida respectivamente da Orientação aos Pais (82,03%), Avaliação Neurológica (69,82%) e Acompanhamento Psicopedagógico (31,89%). Tais dados informam-nos que as conclusões diagnósticas para os problemas de aprendizagem escolar foram atribuídas a questões de esfera afetiva ou neurológica. Quanto à Orientação aos Pais, embora seja uma recomendação freqüente, sabemos que, freqüentemente, acompanha o próprio tratamento em Ludoterapia. Em outras palavras, as queixas escolares tiveram como resposta a necessidade de tratamento para aspectos emocionais ou orgânicos da criança e o envolvimento dos pais. Nesse sentido as causalidades estavam centradas na própria criança.

O número médio de sessões destinadas à efetivação do processo diagnóstico manteve-se por volta de 12. O processo com maior número de sessões contou com 18 e o menor com 6. Sabemos que a quantidade de sessões destinadas à conclusão do psicodiagnóstico, dependerá da forma como o cliente se comporta, seu nível de aceitação e compreensão do que está ocorrendo e da qualidade de sua interação com o psicólogo. Contudo, esse dado demonstra o grau de disparidade entre os procedimentos

diagnósticos, pois temos uma variação de 12 sessões, significativamente elevada para um processo mais ou menos estabelecido.

Por outro lado, relacionando com a segunda etapa do psicodiagnóstico, a Entrevista de Anamnese, bem como as últimas referentes à Entrevista de Devolução, vemos que ocupavam, na maioria das vezes, apenas uma sessão, o que nos permite concluir que a hipótese mais provável é que a ênfase no procedimento diagnóstico localizava-se na utilização dos testes psicológicos em detrimento das entrevistas. Podemos pensar no predomínio de um modelo psicométrico de diagnóstico psicológico. Como aponta Ancona-Lopez (1984) voltado para aplicação de testes, especialmente os que avaliam a maturidade intelectual, priorizando a classificação das habilidades da criança.

O Quadro 2, apresentado abaixo, ilustra a descrição das etapas que compuseram os psicodiagnósticos realizados em 2001:

**Quadro 2: Descrição das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos realizados em 2001**

<b>Etapas em ordem de ocorrência</b>	<b>Descrição do que era realizado em cada etapa</b>
Entrevista Inicial	Realizada para esclarecer e atualizar informações colhidas durante a Triagem, para estabelecer o contato inicial e o enquadre incluindo as normas institucionais. Observa-se que 83,33% dos casos aguardavam em Lista de Espera há menos de seis meses.
Entrevista de Anamnese	Os pais ou responsáveis pela criança eram chamados para a realização desta entrevista. Na maioria dos prontuários (72,91%), a entrevista de anamnese ocorria em mais de duas sessões. Os

	parâmetros que orientam os objetivos desta entrevista estão centrados na análise do desprendimento na relação mãe - bebê, conforme Aberastury (1989).
Hora de Jogo Diagnóstico	Tratava-se de uma sessão exclusiva com a criança e seguindo a orientação de Ocampo <i>et al.</i> (1985). Em 58,33% dos casos este procedimento foi utilizado.
Aplicação de Testes Projetivos	Presentes nesta etapa do processo e na totalidade dos protocolos analisados ( $N = 48$ ). Foram aplicados em média 3 testes projetivos em cada caso.
Aplicação de Testes Psicomotores	Encontramos testes desta finalidade em apenas 17 casos (35,41%) e quando presentes, ocupavam uma única sessão do psicodiagnóstico. Por vezes, surgiam como os últimos a serem aplicados.
Aplicação de Testes de Nível Intelectual	Nem sempre encontrados nos prontuários verificados. Compõem 70,83% do total (34 casos). Nos casos em que apareceram, foram aplicados, no máximo, dois testes desta natureza.
Entrevista de Devolução aos Pais	Conforme orientação apresentada por Ocampo <i>et al.</i> (1985). Consideramos a presença do casal quando, mesmo estando separados, ambos foram convidados para participar da devolutiva, porém em dias diferentes. Integra a totalidade dos casos, sendo realizada em uma única sessão em 32 casos (66,66%). Nos demais (16 casos ou 33,34%) encontramos a participação tanto do pai quanto da mãe na devolutiva. Já a presença da criança compartilhando esta etapa, foi identificada em apenas 18,75%, ou seja, 9 casos.
Entrevista de Devolução com a Criança	Realizada conforme Ocampo <i>et al.</i> (1985). Para 39 casos (81,25%) ocorreu apenas com a criança, sem a presença de seus pais no momento da entrevista.
Entrevista de Devolução às Fontes de Encaminhamento	Caracterizada por informar à(s) fonte(s) que encaminharam a criança para o psicodiagnóstico (professora, coordenadora pedagógica da escola, pediatra, etc) as conclusões diagnósticas e

	os encaminhamentos sugeridos. Esta etapa apareceu apenas nos prontuários da época.
Tipo de Encaminhamento	Respectivamente prevaleceu a Ludoterapia (36 casos ou 77,08%), Orientação aos Pais (42 casos ou 87,50%), Acompanhamento Psicopedagógico (33 casos = 69,82%), Avaliação Neurológica (17 casos = 35,41%) e Avaliação Fonoaudiológica (9 casos ou 18,75%). Em todos os casos, eram registrados encaminhamentos combinados, ou seja, dois ou mais prosseguimentos eram sugeridos para o caso.
Média de Sessões	A finalização do psicodiagnóstico ficava em torno de, no máximo, 11 e, no mínimo 6, estabelecendo uma média de 8 a 9 sessões.

A seguir a Tabela 3 mostra a frequência de cada uma dessas etapas nos processos psicodiagnósticos realizados em 2001:

**Tabela 3: Frequência das Etapas dos Processos Psicodiagnósticos Realizados em 2001**

Etapas Diagnósticas	Frequência nos Prontuários de 2001 (N=48)		Observações
	<i>fa</i>	<i>fr</i>	
Entrevista Inicial	48	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguardavam atendimento em Lista de Espera: 39 casos (<i>fr</i> = 83,33%) por no máximo seis meses</li> <li>• Em uma única sessão: nenhum caso foi registrado</li> </ul>
Entrevista de Anamnese	48	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Até duas sessões: 13 casos (<i>fr</i> = 27,08%)</li> </ul>

Hora de Jogo	28	58,33%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais de duas sessões: 34 casos (<i>fr</i> = 70,83%)</li> </ul>
Diagnóstica			
Aplicação de Testes	48	100%	
Projetivos			
Aplicação de Testes	17	35,41%	
Psicomotores			
Aplicação de Testes de Nível Intelectual	34	70,83%	<p>Nestes casos são aplicados no máximo dois testes de nível intelectual em cada criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em uma única sessão: 32 casos (<i>fr</i> = 66,66%)</li> <li>• Em mais de uma sessão: 16 casos (<i>fr</i> = 33,34%)</li> </ul>
Entrevista de Devolução com Pais	48	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença da criança na devolutiva: 9 casos (<i>fr</i> = 18,75%)</li> <li>• Apenas com a criança: 39 casos (<i>fr</i> = 81,25%)</li> </ul>
Entrevista de Devolução com a Criança	48	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança acompanhada dos pais: 9 casos (<i>fr</i> = 18,75%)</li> </ul>
Entrevista de Devolução as Fontes de Encaminhamento da Criança	4	8,33%	<p>Foram realizadas com as professoras e/ou coordenadores pedagógicas que haviam encaminhado as crianças.</p>
Tipos de (combinados)	48	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ludoterapia: 36 casos (<i>fr</i> = 77,08%)</li> <li>• Orientação aos Pais: 42 casos (<i>fr</i>=87,50%)</li> </ul>

Encaminhamento		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento Psicopedagógico: 33 casos (<i>fr</i>= 69,82%)</li> <li>• Avaliação Neurológica: 17 casos (<i>fr</i>= 35,41%)</li> <li>• Avaliação Fonoaudiológica: 9 casos (<i>fr</i>=18,75%)</li> </ul>
Média de Sessões	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo: 11 sessões</li> <li>• Mínimo: 6 sessões</li> </ul>

---

O Quadro 2 e a Tabela 3 demonstram a seqüência e a freqüência de cada uma das etapas do processo psicodiagnóstico no ano de 2001.

A Entrevista Inicial ocorreu na totalidade dos casos verificados, com a finalidade de esclarecer e atualizar informações colhidas durante a fase de Triagem.

Um outro aspecto previsto é firmar o contato inicial com os pais ou responsáveis pela criança, além de estabelecer o enquadre, incluindo as normas institucionais da clínica-escola, como horários, ausências, atrasos etc.

Embora estes objetivos estivessem presentes e fossem necessários, observa-se que 83,33% dos casos aguardavam em Lista de Espera há menos de seis meses nos prontuários de 2001. Havia maior proximidade entre a Triagem e o início do atendimento propriamente dito. Nesse sentido a atualização dos dados iniciais já não se fazia tão necessária, pois de certa forma eram dados mais recentes se comparados aos de 1983.

Sobre a Entrevista de Anamnese, registrada em todos os prontuários, observou-se, a partir da leitura do material, um outro parâmetro de orientação, ou seja,

que foi a maior ênfase na relação da criança com seus pais, seus irmãos. Mesmo guiada por um roteiro previamente organizado, percebeu-se a ênfase na identificação da psicodinâmica familiar.

Em nenhum dos prontuários de 2001, verificou-se a realização da Entrevista de Anamnese em apenas uma única sessão. Em 27,08% ocupa duas sessões e, em 72,91% mais de duas sessões do processo psicodiagnóstico. Tais dados igualmente indicam uma possível valorização dessa entrevista para a compreensão diagnóstica, considerando a importância da família nas dificuldades da criança.

A Hora de Jogo Diagnóstica foi um procedimento presente em pouco mais que a metade (58,33%) dos casos diagnosticados. Concluiu-se que, mais recentemente, não é um procedimento considerado indispensável. Hipotetizamos que isto se deve a uma maior divulgação do uso de testes projetivos nos últimos anos no Brasil, como confirmam Noronha e Vendramini (2003). Sendo Estes testes projetivos gráficos, também podem se constituir em uma estratégia útil para ser utilizada no primeiro contato com a criança, pois, segundo Van Kolck (2001), representam uma forma de comunicação, especialmente para as crianças, a medida em que se constitui em uma atividade tão essencial quanto o brinquedo.

Na fase de aplicação de testes psicológicos, identificou-se o uso de pelo menos três técnicas projetivas em todos os casos que integraram nossa amostra. As técnicas psicomotoras foram aplicadas em apenas 17 casos (35,41%) e sempre um único instrumento cumpre essa finalidade. Quanto aos testes de nível intelectual, são aplicados no máximo duas técnicas em 70,83% dos prontuários pesquisados.

Em todos os casos ocorreu a Entrevista Devolutiva, porém em grande parte dos prontuários (66,66%) isso aparece em uma única sessão, já em 33,34% dos casos em mais de uma sessão. Encontramos em 33,34% a presença do casal (pai e mãe ou responsável). Consideramos a presença do casal quando ambos participam da devolução

de informações, mesmo que em datas distintas, como é recomendado quando se trata de um casal separado.

Apenas 18,75% das crianças compartilham da entrevista de devolução junto de seus pais, contra 81,25% que recebem a devolutiva em uma sessão exclusiva. Analisados de modo conjunto, esses dados ressaltam a valorização do comprometimento da família com as dificuldades apresentadas pela criança, além de apontarem uma maior preocupação para com esta etapa do processo, conforme sugerem Ocampo *et al* (1985) e Arzeno (1995).

Os Encaminhamentos sugeridos aos casos analisados em 2001 registraram: Orientação aos Pais: 87,50%; Ludoterapia: 77,08%; Acompanhamento Psicopedagógico: 69,82%; Avaliação Neurológica 35,41% e Avaliação Fonoaudiológica: 18,75%. Na totalidade dos casos, encontramos encaminhamentos do tipo combinados, ou seja, mais de uma indicação para cada caso. Estes resultados mostraram, mais uma vez, a ênfase na inter-relação da criança com a família, corroborando com dados anteriormente destacados. Destaca-se aqui possivelmente a predominância de um modelo diagnóstico compreensivo, sustentado por Trinca (1984), que enfatiza a análise dos aspectos intra-familiares na avaliação da criança.

Nos prontuários de 2001, o psicodiagnóstico era finalizado em aproximadamente 9 sessões, tendo como parâmetro máximo 11 e mínimo de 6 sessões.

Atendendo a finalidade principal desta primeira fase do trabalho, relacionamos os processos de 1983 com os de 2001. A Tabela 4 demonstra quantitativamente estes dados:



**Tabela 4: Procedimentos Diagnósticos Utilizados em 1983 e 2001**

<b>Procedimentos do Psicodiagnóstico</b>	<b>Prontuários de 1983</b> <i>N = 116</i>		<b>Prontuários de 2001</b> <i>N = 48</i>	
	<i>fa</i>	<i>fr</i>	<i>fa</i>	<i>Fr</i>
Entrevista Inicial	116	100%	48	100%
Entrevista de Anamnese	116	100%	48	100%
Hora de Jogo Diagnóstica	83	71,55%	28	58,33%
Aplicação de Testes Projetivos	116	100%	48	100%
Aplicação de Testes Psicomotores	92	79,31	17	35,41%
Aplicação de Testes de Nível Intelectual	116	100%	34	70,83%
Entrevista de Devolução aos Pais ou Responsáveis	116	100%	48	100%
Entrevista de Devolução à Criança	116	100%	48	100%

Entrevista de				
Devolução às	_____	_____	4	8,33%
Fontes de				
Encaminhamento				
das crianças				
Encaminhamentos	116	100%	48	100%
<hr/>				
Média de Sessões	12	_____	9	_____
<hr/>				

A Tabela 4 nos permite associar as etapas desenvolvidas para realizar o processo psicodiagnóstico em 1983 e em 2001. Algumas etapas são imprescindíveis para efetivação dessa prática como a Entrevista Inicial, Entrevista de Anamnese, Encaminhamentos após as conclusões diagnósticas e, nesse sentido, estão presentes em todos os casos investigados, tanto em 1983, quanto em 2001. Observamos que poucos aspectos sofreram mudanças no decorrer desses 18 anos.

A entrevista de devolução de informações às fontes de encaminhamento da criança não aparece nos procedimentos realizados em 1983. Segundo Tsu (1984) esse aspecto gera uma consequência grave para o diagnóstico psicológico, pois desobriga os diversos grupos sociais que abarcam a criança a questionar seu processo interno. Observa-se que apenas os prontuários de 2001, embora pouco representativo, conforme a Tabela 4, realizam a devolutiva às fontes de encaminhamento. Essa prática é relevante do ponto de vista social, pois denota uma certa aproximação do diagnóstico clínico com o contexto da criança.

São registradas algumas alterações no que se refere à Hora de Jogo Diagnóstica, que apresenta uma utilização diminuída ao longo desse tempo (71,55% em 1983 e 58,33% em 2001). A pesar de constituir-se em um procedimento clínico de grande valor diagnóstico, facilitador da interação entre o psicólogo e o cliente, também

exige uma sala ampla, especialmente preparada para brincar e isto pode indicar num impedimento para seu uso mais freqüente.

Outro aspecto que possivelmente explique a diminuição no emprego desse procedimento é a ampliação da prática diagnóstica com o surgimento ou mesmo a maior divulgação de outras estratégias como o Jogo do Rabisco, apresentado por Winnicott (1975) que não é descrito em nenhum dos prontuários de 1983, já em 2001, aparece em 8,33% dos casos. Esse recurso cumpre a finalidade de estabelecer um espaço e contato entre o psicólogo e o cliente e facilita a comunicação de conteúdos profundos do psiquismo infantil.

Da mesma forma, o Desenho Livre – Estória (TRINCA, 1976) que é considerado um procedimento clínico útil para obtenção de informações sobre o desenvolvimento da criança, apresenta uma utilização reduzida em 1983 (5,17%), no entanto, bem maior em 2001 (39,58%).

Certamente não são técnicas substitutas da Hora de Jogo, mas foram sendo incorporadas às estratégias diagnósticas e, com isso, tornaram-se também opções, expandindo o repertório do profissional.

Especificamente sobre a freqüência com que os recursos e testes psicológicos são empregados nos casos estudados, elaboramos a Tabela 5:

**Tabela 5: Recursos Técnicos Utilizados nos Processos Psicodiagnósticos em 1983 e 2001**

Técnicas e Recursos Diagnósticos	Prontuários de 1983 <i>N = 116</i>		Prontuários de 2001 <i>N = 48</i>	
	<i>fa</i>	<i>fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Hora de Jogo	83	71,55%	28	58,33%
Jogo do Rabisco	—	—	4	8,33%
Desenho Livre- Estória	6	5,17%	19	39,58%
WISC	102	87,93%	31	64,58%
R-2	—	—	3	6,25%
Raven – Escala Especial	111	95,68%	29	60,41%%
Goodenough	52	44,82%	—	—
CAT – A	112	96,55%	39	81,25%
Desenho da Família	73	62,93%	27	56,25%
H T P	70	60,34%	19	39,58%
Rorschach	11	9,48%	—	—
Bender	109	93,96%	17	35,41%
Piaget – Head	43	37,06%	—	—
Lateralização	12	10,34%	—	—
Prova de Ritmo	8	6,89%	—	—

Quanto ao uso dos testes, verificamos a presença dos projetivos na totalidade dos casos, o que nos parece justificável a partir de queixas relacionadas a dificuldades de aprendizagem e freqüentemente associadas a questões de natureza afetiva. No caso dos testes de nível intelectual, a relevância situa-se no decréscimo da aplicação, variando de 100% em 1983, para 70,83% em 2001, conforme demonstramos na Tabela 4 e de modo mais específico a Tabela 5.

A administração de instrumentos de avaliação psicomotora apresenta uma redução mais significativa ocupando 79,31% dos casos em 1983 e apenas 35,41% em 2001, como mostra a Tabela 4. De modo mais detalhado, a Tabela 5 nos indica que, nessa categoria, apenas o Teste Gestáltico Visomotor de Bender (KOPPITZ, 1989) foi utilizado em 2001. Logo, testes como Piaget-Head, Lateralização e Prova de Ritmo de Stamback, (ZAZZO; GALIFRET-GRANJON; MATHON, 1981) parecem ter sido deixados de lado na avaliação psicológica da queixa escolar.

A relação entre as dificuldades de aprendizagem e o desenvolvimento neurológico igualmente parece menos evidente nos prontuários de 2001, quando comparamos os tipos de encaminhamento recomendados aos casos, sendo 69,82% em 1983 (Quadro 1) e 35,41% em 2001 (Quadro 2).

Os testes de avaliação de nível intelectual foram aplicados na totalidade dos casos em 1983, o que já não ocorreu em 2001, quando apareceram em 70,83% dos casos, como demonstrado na Tabela 4.

Esta queda, embora não acentuada, indica uma possível amplitude nas hipóteses que sustentam as queixas. Embora geralmente os problemas de natureza cognitiva desencadeiem dificuldades no âmbito da aprendizagem escolar, parece que nem todas as dificuldades escolares foram vistas como sendo causadas por problemas de ordem cognitiva, fato que nos leva a hipotetizar que outros elementos foram considerados. Entendemos que os problemas de aprendizagem, conforme recomenda Pain (1986), devem ser observados a partir de diferentes enfoques, como orgânicos, psicógenos e ambientais, especificados no capítulo sobre a avaliação da queixa escolar.

Ainda no que se refere aos testes de nível intelectual, identificou-se que em 1983 eram aplicados até três em uma mesma criança. Em 2001, no entanto, no máximo dois testes são aplicados num mesmo cliente, como demonstram o Quadro 1 e Tabela 3.

Alguns aspectos merecem ser levados em conta no que diz respeito a esses resultados. Apesar de a comunidade científica disponibilizar no mercado editorial novos instrumentos, bem como instrumentos cuja validade fora revisada, podemos citar alguns, como por exemplo: Teste de Inteligência Não-Verbal R2 (OLIVEIRA; ROSA; CUSTÓDIO; DUARTE, 1999), Teste do Desenho de Silver (SDT) (ALESSANDRINI; DUARTE; DUPAS; BIANCO, 1996), Teste do Desempenho Escolar (TDE) (STEIN, 1994), entre outros, não registramos o emprego dessas técnicas. Uma causa provável seria a lacuna no ensino desses instrumentos no âmbito da formação profissional, ou ainda, a impossibilidade de contar com professores permanentemente atualizados. Além disso, as dificuldades vividas pela universidade em atualizar seu acervo de materiais técnicos certamente interferem nesse resultado.

Um outro aspecto que corrobora essa reflexão é o fato de identificar-se uma redução na testagem de modo geral, especialmente nos testes psicomotores e de nível intelectual. Não constatamos a aplicação de novos instrumentos. Praticamente são os mesmos aplicados há 18 anos, mesmo sendo esta última fase de grande expansão de publicações de testes e da criação de editoras especializadas, como já abordamos anteriormente.

A esse respeito, Custódio (1996), referindo-se aos testes de nível intelectual, conclui que, apesar da vasta publicação sobre novas técnicas de exame, os psicólogos, ao realizarem a avaliação psicológica, fazem uso dos instrumentos clássicos ou tradicionalmente conhecidos.

Contudo, entendemos que de certa forma, trata-se de um levantamento representativo de nossa prática diagnóstica.

Os resultados obtidos nesta fase do estudo nos forneceram informações sobre quais foram as alterações verificadas no psicodiagnóstico que era realizado em 1983 e o que ocorre mais recentemente em 2001. Assim, observou-se que o processo de avaliação manteve certa uniformidade em termos de etapas e recursos técnicos que

utiliza. Apesar de registrarmos um movimento evolutivo no capítulo sobre a *História da Avaliação Psicológica no Brasil*, especialmente no desenvolvimento de instrumentos, poucas alterações foram detectadas quando relacionamos as duas épocas. Os resultados detectados nos permitem concluir que o modelo de atuação sofreu poucas influências no decorrer desses 18 anos, embora ainda assim, tenha se tornado mais dinâmico.

Alguns aspectos merecem ser destacados. A realização da Entrevista de Anamnese em duas ou mais sessões, bem como a Entrevista de Devolução contar com a presença da criança, compartilhando o mesmo momento com seus pais, são alguns dos aspectos constatados em 2001 que representam uma valorização da dinâmica familiar no diagnóstico de seus filhos. Para Ocampo *et al.* (1985) é necessário dar oportunidade aos envolvidos para que elaborem o que foi recebido durante a primeira entrevista de devolução. A autora argumenta sobre a importância dos pais e da criança retificarem e esclarecerem o que lhes foi transmitido.

Tais resultados parecem demonstrar o início de certa amplitude na perspectiva diagnóstica, na medida em que a queixa, neste caso, escolar, não lança suas hipóteses exclusivamente na criança e nos resultados obtidos nos testes, mas inclui a família e, por vezes, até mesmo percebe que a escola passa a compor essa rede, pois já se nota a necessidade de realizar uma devolutiva com o contexto escolar da criança.

Custódio (1996) recomenda que, avaliar uma criança é mais do que obter seu QI, seu percentil ou mesmo qualquer outro escore padrão, deve refletir um conjunto de informações a respeito de seu estilo, seu modo de ser e sua singularidade.

As entrevistas são mais valorizadas, havendo um aumento no número de sessões destinadas à Anamnese e à Devolutiva, em detrimento do número de sessões para aplicação dos testes. Nesse sentido, convém destacar que a ênfase recai sobre as entrevistas e sobre o julgamento clínico, como afirma Trinca (1984) ao caracterizar o modelo compreensivo. No entanto, o autor não dispensa a utilização dos testes, nem mesmo os de natureza objetiva, apenas submete-os ao julgamento clínico.

Essas conclusões mostram-se relevantes, pois comumente a avaliação das dificuldades escolares é atingida por posicionamentos críticos que a consideram uma prática sectária, por colocar somente sobre a criança todo o peso de suas dificuldades, isentando a escola, os professores e a condição ambiental na qual o caso se situa.

De certa forma estamos diante de uma situação na qual, por um lado, nossa ação parece limitada quando diante do diagnóstico da criança com dificuldades escolares e, por outro lado, não apresentamos respostas nem alternativas possíveis, apenas mantemos nossa prática.

As etapas identificadas estão predominantemente centradas em atividades similares àquelas realizadas no consultório particular. As alterações registradas foram escassas, até mesmo quando estamos diante de uma população diferenciada no que diz respeito ao nível sócio-econômico, que procurou ajuda institucional. A esse respeito, Ancona-Lopez (1984) sugere que os modelos de atuação utilizados em clínicas-escolas, devem ser mais contextualizados para serem mais efetivos. A autora explica que os recursos técnicos devem ser estabelecidos a partir das características específicas da população que procura esse serviço.

Entendemos que apesar das críticas quanto à forma de avaliação da queixa escolar e dos progressos alcançados na validação de muitos instrumentos, o processo psicodiagnóstico parece pouco alterado. Possivelmente, nós profissionais estejamos temerosos em correr o risco de perder nossa identidade profissional e de alterar nosso modelo de atuação, que ao longo de 18 anos pouco se modificou.

#### **b. Sobre a Segunda Fase:**

Uma vez identificadas poucas alterações, em termos da seqüência das etapas e do tipo de instrumentos empregados na avaliação psicológica, as conclusões obtidas



na fase anterior nos permitem apontar para a necessidade de incluir, no diagnóstico psicológico, procedimentos voltados para a análise das variáveis ambientais.

A apresentação de casos clínicos, selecionados conforme mencionado no método, possibilitou demonstrar a utilização da visita domiciliar e da visita escolar como importantes estratégias complementares para avaliação psicológica.

Parece-nos relevante destacar algumas dificuldades que certamente acompanham os resultados de trabalhos de natureza qualitativa. Fazer uso de material clínico nesta segunda fase deste estudo suscita questionamentos importantes quanto à fidedignidade do que é apresentado e a precisão do que é relatado. Cientes de que o relato não descreve com exatidão o ocorrido nas sessões, entendemos que tal pretensão implicaria a crença onipotente de captar o absoluto. É necessário levar em conta, como recomenda Safra (1993), que se trata de um recorte, certamente balizado por um modo de olhar e, o reconhecimento desse limite é que permitirá a objetividade na investigação.

A partir da transcrição do material clínico, buscamos o entrelaçamento dos aspectos identificados e a leitura contextualizada desse conteúdo.

Uma vez registrados estes esclarecimentos, vamos à apresentação e discussão dos casos clínicos, ilustrando nossos resultados.

## **b.1.) Caso clínico: Gabriel**

### **b.1.1) Identificação do Caso:**

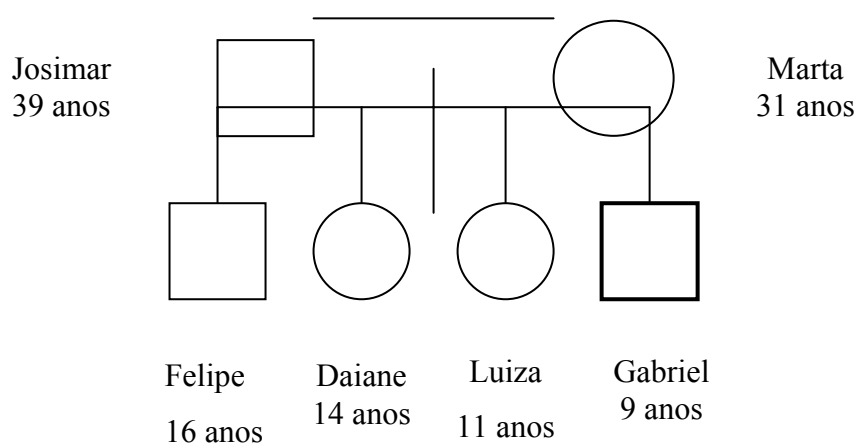
Gabriel é um menino de 9 anos e 4 meses que foi encaminhado à Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo por sua professora devido

a dificuldades escolares. Segundo a mãe (que compareceu desacompanhada do pai à Triagem), a criança não consegue acompanhar a classe, seu desempenho encontra-se abaixo do esperado, com resultados insuficientes e problemas de leitura, escrita, bem como compreensão de textos.

Apesar de a solicitação da professora ter sido feita quando Gabriel cursava a 2<sup>a</sup>. série, a busca de ajuda ocorreu somente um ano depois. Atualmente o menino cursa a 3<sup>a</sup>. série do ensino fundamental. Gabriel não foi reprovado até então, já que frequenta uma escola da rede pública e que mantém o sistema de progressão automática.

A família integra uma classe sócio-econômica considerada baixa, conforme constatado pelo Serviço Social da clínica e reside no mesmo bairro da escola de Gabriel, localizado na periferia da cidade.

A família, representada pelo genetograma da Figura 1, é composta por mais três irmãos mais velhos, sendo um menino de 16 anos, Felipe, e mais duas meninas, de 14 e 11 anos, Daiane e Luiza, respectivamente. O pai trabalha como motorista de caminhão em uma empresa frigorífica e a mãe é costureira em uma confecção. Ambos ficam ausentes de casa o dia todo, deixando os filhos sozinhos.



**Figura 1: Genetograma da Família de Gabriel**

**b.1.2) Queixa Inicial e Dados de Entrevista:**

O pai não compareceu a nenhuma das três entrevistas realizadas. O relato da mãe assinala, além das questões escolares, preocupações ligadas à falta de limites do filho e à agressividade, especialmente voltada para os irmãos, mas também presente na relação com os colegas de classe e da rua onde mora.

Sobre a escolaridade, complementa afirmando que parece sempre “desligado” e desatento. “*Parece que não vai aprender nunca*” (sic), afirma. Ao escrever comete muitos erros ortográficos, sendo incapaz de ler e compreender o que redige. Foi bastante castigado pela mãe para que melhorasse o desempenho escolar e o comportamento. No entanto, nada resolveu. Conclui a mãe: “*Fiz o que dava para fazer, agora espero que alguém possa ajudar, porque a escola também não quer mais ele*” (sic).

**b.1.3) Avaliação do Nível Intelectual:**

Para avaliação do nível intelectual, utilizamos a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC) cujo resultado foi considerado médio superior, sendo na parte verbal, médio e, na parte de execução, superior.

**b.1.4) Hora de Jogo Diagnóstica:**

Na sessão de Hora de Jogo Diagnóstica, Gabriel mostra-se resistente em entrar em contato com o espaço. Aproxima-se de alguns jogos como Resta Um e

Dominó e afirma que não sabe jogá-los e que não os conhece. Diante da possibilidade de solicitar a participação da psicóloga, afirma que não vai conseguir, que não gosta desses jogos e os abandona. Manuseia outros jogos como o Pega-Varetas e Pinos Mágicos, mas igualmente deixa-os de lado com os mesmos argumentos. Mostra-se pouco participativo, parece envolto em “clima de apatia” e, por vezes, manifesta desejo de ir embora e de ir ao encontro da mãe na recepção.

#### **b.1.5) Testes Gráficos:**

Quando lhe é proposto, em outra sessão, que realize livremente um desenho, resiste fortemente à solicitação, afirma que não sabe desenhar, que nunca lhe pedem desenhos livres e, por isso, não sabe o que poderá ser feito. A psicóloga sugere então que Gabriel desenhe uma casa (pensando na familiaridade com a elaboração desse tema e na seqüência exigida pela padronização do HTP, desenho da casa, árvore e pessoa). Da mesma forma, recusa-se argumentando sobre sua incapacidade em desenhar uma casa ou mesmo em fazer um desenho qualquer. Enquanto verbaliza, manipula a folha de papel esfregando-a sobre a mesa.

Gabriel mantém um olhar disperso observando a sala e estabelecendo pouco contato com a psicóloga. Ao perguntar-lhe sobre seu dia-a-dia em casa e na escola, revela que a escola é chata e a professora sempre diz que ele não entende nada. O diálogo não tem continuidade. Frequentemente deita seu corpo sobre a mesa e coloca a cabeça sobre o braço, demonstrando sonolência e desinteresse. Segurando levemente o lápis, esboça alguns traços no papel.

Estimulado pela psicóloga inicia um desenho de sua escola (Anexo C), mas sempre se justificando quanto à imperfeição de sua produção. Acomoda-se na cadeira e ao finalizar ao desenho, comenta que se trata de uma parte “*legal*” de sua escola, que é o momento do recreio quando a merendeira serve as crianças e sempre conversa com todos.

Essa sessão encerra-se com Gabriel mostrando-se mais expressivo, diferente do início do psicodiagnóstico. Ele se despede com um sorriso e estende a mão para a psicóloga, confirmando o dia da próxima sessão.

#### **b.1.6) Entrevista Familiar Diagnóstica:**

A Entrevista Familiar Diagnóstica foi realizada sem a presença do pai. A própria mãe justificou a ausência dizendo que estava cumprindo horas-extras na empresa e não teria como comparecer em nenhum dos horários disponibilizados. Ao iniciar a sessão as irmãs demonstram grande motivação e interesse para com a atividade. A mãe, mais cautelosa, não se aproxima da casinha, que é parte do material lúdico indicado para a entrevista familiar com crianças pequenas, conforme recomenda Soifer (1989). Senta-se ao lado do filho mais velho. As irmãs dirigem-se imediatamente para os brinquedos e começam a montar a casa. Verbalizam muito e Gabriel se aproxima delas e as observa, mas sem pegar nada. A mãe, sentada afastada, freqüentemente incentiva o menino a participar do jogo, mas ele pouco se manifesta. Apenas em determinado momento diz que *“vai ver o que dá para fazer”* (sic).

Gabriel pega um dos bonecos e tenta colocá-lo no quarto, sentado na cama. A irmã mais velha retira-o e diz que aquele não é o lugar dele, que precisa fazer a lição e ficará sentado na mesa da cozinha. Gabriel novamente pega o boneco e o coloca no quarto, afirmando *“sem essa de lição, deixa o menino na dele”* (sic). Mais uma vez o boneco é retirado desse lugar por Daiane. Gabriel afasta-se da casinha.

O irmão mais velho, Felipe, que até esse momento apenas observa a situação, dirige-se às irmãs retrucando que parece a vida deles, pois nunca há entendimento entre elas e Gabriel. Uma das irmãs responde dizendo que não está ali para fazer o que o Gabriel quer, mas sim para montar a casinha do jeito que todos querem. Gabriel atira o boneco dentro da casinha derrubando parte da mobília. Inicia-se

uma discussão. As meninas brigam com ele, dizendo que havia derrubado a arrumação delas e pedem que a mãe intervenha. A mãe repreende Gabriel, pedindo que se comporte, e volta-se para a psicóloga dizendo: *“está vendo o que eu falei sobre ele”* (sic).

Gabriel responde que elas estão gostando de brincar, mas que isso se deve a ele, pois foi por causa dele que podem ficar ali. As irmãs continuam sua montagem e com o corpo impedem que ele se aproxime. Gabriel chuta o pé da mesa que sustentava a casinha derrubando boa parte do material e iniciando uma discussão agressiva, inclusive fisicamente, entre ele e as meninas. A discussão só é finalizada com a intervenção de Felipe, que aparta a briga. A mãe permaneceu no seu lugar, culpando Gabriel pelo ocorrido e buscando confirmação na psicóloga.

#### **b.1.7) Visita Domiciliar:**

Foi realizada de acordo com os parâmetros anteriormente descritos. No dia marcado, apenas Felipe, o irmão mais velho não estava em casa, chegando 15 minutos depois de nossa permanência. Fomos recebidos pelo pai de Gabriel que se desculpou pela ausência nas entrevistas e disse que era muito bom conhecermos sua família, da qual tinha muito orgulho.

O pai, Josimar, mostrou dois porta-retratos que estavam sobre um móvel na cozinha. Um dos poucos adornos que a casa possuía. Em um deles havia uma fotografia da família toda, exceto Gabriel. Comenta que a fotografia registrava o momento em que visitavam os parentes em Caruaru, Pernambuco, cidade em que nasceu. Tanto ele, quanto sua esposa, tinham intenção de um dia voltar a morar lá, devido ao trabalho de sua família na lavoura de milho e cana de açúcar. Apesar de árduo, diz que o trabalho e a vida eram mais sossegados.

O outro porta-retrato expõe a fotografia das duas meninas abraçadas. De modo sorridente e com satisfação diz que aquelas são suas “*preciosidades*” e que elas, embora não conhecessem, gostariam muito do Nordeste.

O casal convive há 19 anos, não são legalmente casados. Ela reage prontamente afirmando que isso só não ocorreu porque o marido vive querendo voltar para sua cidade natal e casar-se lá. Sempre que brigam, ele sai de casa e ela pensa que ele foi embora para Caruaru e a abandonou. Ele diz que depois de tanto tempo, isso não significa mais nada.

Gabriel mostra-nos o local em que dorme. Trata-se de um berço, sem grades laterais que fica no corredor da casa, em frente a um quarto no qual dormem as meninas e o filho mais velho. Pede que olhe o “*lugar dele dormir*”. Fala com veemência que não gosta de ficar ali, mas não argumenta.

A casa é constituída por três cômodos: cozinha e dois quartos interligados por um corredor largo, que tem um banheiro ao final, conforme representação gráfica apresentada no Anexo D.

É interessante observar que o quarto dos filhos possui uma televisão, um armário para roupas e prateleiras com os mais diversos pertences (desde material escolar até alimentos não perecíveis). A mesa da cozinha é destinada às lições de casa. Mas, como Gabriel briga muito com as irmãs, o pai determinou que ele fizesse seus deveres escolares em sua cama. Uma das meninas diz que isso foi a melhor coisa que já aconteceu, porque Gabriel atrapalhava o estudo delas.

Durante o dia, a filha mais velha cuida da casa, cozinhando, limpando e lavando as roupas. Antes, essas tarefas eram atribuídas ao irmão mais velho. Segundo os pais, eles sempre reclamam muito das tarefas de casa, mas a menina é mais cuidadosa e a casa esta sempre limpa.

O irmão mais velho, em um determinado momento, diz que até gosta de Gabriel e diz: *“jogamos bola no campinho e aí aproveitamos para acertar nossas contas”* (sic). Comenta que Gabriel é parecido com ele, que não gostam de escola, mas gostam de futebol e de fazer coisas mais ativas, porque *“estudar é muito parado”*.

Gabriel sempre se dirige a psicóloga, quase não se comunica com os demais membros da família.

#### **b.1.8) Visita Escolar:**

Seguindo as orientações especificadas, procedemos à Visita Escolar. A professora manifestou satisfação ao nos receber e utilizou todo o espaço da visita para descrever as dificuldades de Gabriel com a leitura, escrita e compreensão de texto. Atribuiu como causa do comportamento agressivo do aluno e seu mau desempenho escolar.

Ao nos mostrar o espaço destinado ao recreio, apontava os lugares nos quais Gabriel havia se machucado ou, mesmo, machucado algum colega. Apresentou-nos à professora da segunda série que inusitadamente afirma que o menino é inteligente, pois quando presta atenção consegue ter um melhor aproveitamento.

Observa-se certa discordância entre a atual professora e a do ano passado. A anterior argumenta sobre a falta de pré-escola, o comportamento isolado dele, sobre a ausência na participação da família nas atividades desenvolvidas na escola. Diz ainda que, os irmãos de Gabriel estudaram na mesma escola e que os pais demonstravam maior interesse nas meninas, pois eram melhores alunas, do que nos meninos.

A professora atual conta-nos sobre a vontade dos pais de irem para Pernambuco, e acha que essa *“era a melhor solução para Gabriel”* (sic). Diz estar



arrependida de tê-lo aceitado em sua classe, mas que isso foi uma decisão da Diretora da escola e nada pode ser feito.

Ao conversarmos com a diretora, ela fundamentou sua decisão na possibilidade de que a mudança de professora fosse proveitosa, pois assim, “*ele não ficaria marcado na escola*” (sic). Sobre sua gestão administrativa-acadêmica, optou por convocar os pais das crianças com dificuldades escolares e solicitou que buscassem ajuda psicológica para seus filhos, alegando que a escola tinha como meta ensinar e os que, em sua análise, não aprendiam e precisavam de tratamento psicológico. Desse modo, elaborou uma lista de instituições gratuitas e semigratuitas para atendimento psicológico e fonoaudiológico. Comentou que, devido à classe econômica dos pais moradores do bairro, a escola tinha muitos problemas com “*alunos vindos de famílias desestruturadas, pais alcoólatras e vítimas de violência*” (sic).

A escola conta uma infra-estrutura potencialmente adequada, mas se observa o pouco aproveitamento dos espaços físicos e dos equipamentos disponíveis. As aulas de Educação Física não podem ser realizadas na quadra poliesportiva sob alegação da diretora e da professora responsável de que, caso algum aluno se machuque, poderá haver algum processo judicial contra elas. Não usam a quadra para prevenir-se de tais possíveis processos.

A biblioteca funciona como espaço para arquivamento de documentos, os livros não são disponibilizados aos alunos. Tem um vídeo cassete fixado na parede, sem, contudo, haver condições para que as crianças possam assistir filmes no local.

A escola é limpa e arejada, com potentes grades nas janelas, nas portas e circundando o terreno. A sala de professores é pequena, não possuindo espaço suficiente para o número de docentes que integram a instituição. Quanto às salas de aulas, seguem mais ou menos o mesmo padrão, com armários fechados com cadeados, muitas carteiras bastante rabiscadas, mesa do professor na frente e no centro, lousa e porta de acesso com visor.

Gabriel senta-se perto da janela, ocupando as últimas fileiras de carteiras. Soubemos que o lugar foi determinado pela professora e não escolhido por ele, como ocorreu com os demais alunos da classe.

A merendeira atende aproximadamente 385 crianças da 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. série e diz que conhece bem Gabriel e que a criança, apesar de ser muito travessa, precisa de apoio, pois as irmãs eram boas alunas e ele também poderá ser. Curiosamente, afirma que Gabriel lhe faz confidências sobre as brigas ocorridas na classe e no recreio. A merendeira, por sua vez, conversa com ele, *“dando carinho e atenção, mas também exigindo que pense no que faz e cumpra com seus deveres”* (sic).

#### **b.1.9) Análise contextualizada do material clínico:**

Ao comparecer à clínica-escola, Marta, mãe de Gabriel, parece não ter devidamente esclarecido para si mesma o motivo da consulta, levando-nos a pensar apenas cumpria aquilo que a escola lhe determinou, ou seja, a procura ajuda psicológica. Não se observa iniciativa própria e nem mesmo clareza sobre as possíveis repercussões de sua atitude em trazer o filho à clínica.

Marta parece sofrer com as conseqüências das dificuldades escolares do filho, pois é convocada para ir à escola, recebe reclamações etc. No entanto, não detecta o que realmente representa esse insucesso escolar. Trazer Gabriel para avaliação psicológica significava resolver um problema que a ocupa e sobre o qual é responsabilizada, pelo marido e pela escola, ao mesmo tempo em que se sente incapaz de administrá-lo.

Questiona-se o quanto verdadeiramente a família e a escola desejam cuidar de Gabriel. O encaminhamento e a busca pelo atendimento psicológico representam depositar sobre ele todo o peso de insatisfações que não lhe dizem respeito apenas.

Sustentam Duarte; Bornholdt e Castro (1989) que, junto com a intenção de tratar a criança, existe especialmente o propósito de defender-se dela, segregando-a.

A realização da visita escolar permitiu-nos afirmar que, da mesma forma que a mãe se mostra distante de um real conhecimento sobre a queixa, a escola igualmente compartilha dessa desinformação. O mau desempenho do menino é visto pela escola como causado por questões familiares diversas, conforme foi apontado pela diretora, por ser uma dessas crianças advindas de “*família desestruturada e com pai alcoólatra*” (sic).

Gabriel não obteve o desempenho escolar esperado e, portanto, foi solicitada a avaliação psicológica. Ancona-Lopez (1984) afirma que os pais, ao buscarem ajuda psicológica, demonstram incertezas quanto ao motivo da consulta, do mesmo modo, os professores não têm informações consistentes sobre a criança encaminhada.

Nenhum questionamento é feito sobre o sistema educacional, sobre o processo de escolarização da criança ou o fato de não ter frequentado a pré-escola. Esses aspectos não foram considerados na análise da atual professora e nem da diretora.

A atual professora, acatando as ordens da diretora, aceitou Gabriel em sua sala de aula, mas está arrependida. A insatisfação gerada por essa situação agrava uma atitude negativa para com o processo de aprendizagem e conseqüentemente para com seu desenvolvimento como um todo.

O desejo da escola de livrar-se do problema é representado por essa mesma professora que defende a ida para Pernambuco como solução para Gabriel. Isso também é manifestado pela mãe quando afirma já ter feito de tudo e a partir de agora espera que alguém o ajude. Todos desistiram dele, se é que em algum momento de sua história houve algum investimento no menino.

O entendimento dinâmico do caso visando a avaliação compreensiva pressupõe a integração dos dados obtidos no decorrer do processo diagnóstico (Cunha, 2000). Nesse sentido, a realização das visitas nos permitiu associar a visita familiar com a visita escolar. Dessa associação, apontamos que, a dinâmica institucional da escola (configurada nas relações da diretora *versus* professoras, da professora atual *versus* do ano anterior) e a dinâmica familiar (o distanciamento afetivo do pai e da mãe, a rivalidade instalada entre os irmãos) apresentam elementos essenciais para compreensão diagnóstica do caso.

Apesar de se constituírem em grupos sociais com os quais a criança se vincula e se desenvolve, todos se mostram desobrigados de um compromisso efetivo de seu desenvolvimento como aluno e ser humano. É como se a escola estivesse cumprindo sua obrigação ao simplesmente encaminhar a criança com dificuldades escolares e por sua vez, a família estivesse cumprindo seu papel ao levá-la a clínica-escola.

Cada um desses contextos parece se eximir de seu comprometimento para com os problemas apresentados pelo cliente que, nesse momento, surge como o único responsável pela desarmonia familiar e por seu desenvolvimento. Assim, é aquele que precisa ser levado à clínica-escola para ser avaliado.

As dificuldades da criança na escola, bem como da escola com a criança merecem ser dimensionadas na análise, pois são considerados elementos determinantes na avaliação psicológica da queixa escolar, antes mesmo de se planejar a intervenção terapêutica cabível (DUARTE, 1992).

Gabriel vem de um lar que pouco o satisfaz. A escola poderia ser um lugar no qual obtivesse aquilo que não encontrou. Como diz Winnicott (1985): “*não vão a escola para aprender, mas para encontrar um lar fora do lar*” (p.234).

Nossa visita escolar igualmente apontou a importância da merendeira nesse contexto. A partir da entrevista e observação, bem como do desenho livre (Anexo C) produzido na sessão diagnóstica, vemos uma relação mais afetiva e continente entre

ela e o cliente, possivelmente a mais significativa desse contexto. Parece haver entre eles uma reciprocidade que certamente indica uma perspectiva positiva produzida na esfera social capaz de oferecer-lhe apoio, acolhimento e algum tipo de satisfação.

Trata-se de uma relação na qual observamos que Gabriel se sente menos abandonado, apesar das fantasias de solidão desencadeadas por um cotidiano familiar e social realmente solitário. Apesar da ausência dos pais por motivo de trabalho (ambos ficam fora o dia todo), Gabriel conta com os irmãos e vizinhos. No entanto, nos dados que obtivemos até então, nenhuma dessas relações, com exceção da merendeira, ainda que precariamente, é suficiente para que atenuar suas fantasias e elabore suas angústias.

Entendemos, que a observação mais refinada destas relações são tão importantes no processo psicodiagnóstico que, tal como apontam Brito e Koller (1999), trata-se de um elemento afetivo que, em função de sua importância para a construção e manutenção da rede de apoio, merece integrar a análise contextualizada, pois interfere na história da criança e em seu momento atual.

Longe de falarmos em um ambiente favorável para o desenvolvimento, é necessário destacarmos que a presença da merendeira, de certa forma, facilita a superação de frustrações e principalmente oferece experiências gratificantes ao cliente.

Verificou-se que seu nível intelectual é considerado médio superior, com predomínio de habilidades motoras e maior tendência à ação do que à reflexão. Contudo, Gabriel não parece fazer uso desse potencial, mostrando falta de confiança nele próprio e incapacidade de utilizar os recursos dos quais dispõe.

Sobre esse aspecto, na avaliação de Gabriel, podemos apontar a possibilidade de tratar-se de um caso de inibição intelectual, conforme sugerem Souza (1995) e Cavalini (2002), uma vez que estamos considerando a ausência de fatores orgânicos ou de déficits de inteligência e as atitudes da família. Por outro lado, nos deparamos com a incorporação, por parte da criança, de sentimentos de rejeição gerados pela qualidade das relações familiares, escolares e sociais com as quais convive.

Ao estudar crianças com queixa escolar e inibição intelectual, Souza (1995) conclui que a dinâmica individual dessas crianças é marcada pela presença de fantasias de solidão e abandono. A autora destaca o predomínio desta fantasia na população pesquisada, associada ao distanciamento afetivo dos pais e a sentimentos de culpa, bem como a ambientes percebidos como hostis e exigentes. Tais aspectos, apesar de balizados pelo citado trabalho, parecem sinalizar o que vem ocorrendo com Gabriel.

Com essa reflexão, destacamos a advertência da autora para não limitarmos nossa análise ao mundo interno da criança, mas sim, levarmos em conta a repercussão das experiências familiares, escolares, sociais e culturais nesse mundo interno. A definição de uma estratégia de intervenção poderá ser norteada pela compreensão do significado atribuído a tais elementos.

A psicodinâmica de Gabriel nos indica certo impedimento quanto à capacidade de expressão lúdica e gráfica. A apatia que permeia essas sessões (Hora de Jogo Diagnóstica e Testes Gráficos) revela a renúncia ao espaço para a manifestação de sentimentos e pensamentos. Essa dificuldade em se expor pode ser resultante de temores e sentimentos de ameaça gerados pela própria hostilidade que projeta em seus contextos de convivência.

Na Entrevista Familiar Diagnóstica observa-se o cliente tentando aproximar-se da casinha, que compõe o material lúdico, colocando um boneco no quarto, quando é contrariado pelas irmãs e acaba afastando-se, para voltar em seguida com o propósito de impor seu desejo, o que gera um novo enfrentamento das irmãs e uma resposta agressiva dele. Mais uma vez é possível se reconhecer sua agressividade e impulsividade como uma reação diante da ausência de um espaço para si mesmo.

Instala-se nesse processo um mecanismo de segregação, referente à tendência da família e, mesmo, da escola em colocá-lo à parte – seja em Pernambuco, em um canto no fundo da sala de aula ou no corredor de sua casa. Como afirma Yamamoto (1990), tal mecanismo está apoiado na fantasia de que o menino, ao afastar-

se, carregará consigo as ansiedades provenientes dos conflitos presentes no grupo familiar.

Acrescenta-se a essa análise o local no qual Gabriel dorme em sua casa, no corredor em frente ao quarto dos irmãos, conforme pôde ser observado no diagrama (Anexo C). Apesar de a mãe afirmar durante as entrevistas que Gabriel dividia o mesmo cômodo com os irmãos, a visita domiciliar constata que a condição é mais complexa, pois o espaço que lhe é destinado confirma a ausência de comunicação, acentua a rivalidade entre os irmãos e o distanciamento afetivo entre ele e a família, ou seja, representa o conflito familiar.

A visita domiciliar com a elaboração do diagrama (Anexo C) permitiu identificar o tipo de estrutura vigente e o seu efeito sobre Gabriel. Estabelecemos algumas oposições, conforme sugere Berenstein (1988), que caracterizam essa trama familiar conflituosa da qual falamos: o desejo de migrar para Pernambuco (pai) *versus* desejo de permanecer em São Paulo (mãe); o quarto dos filhos (Felipe, Daiane e Luiza) *versus* o corredor no qual dorme Gabriel; as filhas mulheres (Daiane e Luiza) *versus* os filhos homens (Felipe e Gabriel); o pai juntamente com as meninas (Josimar, Daiane e Luiza) *versus* mãe e os meninos (Marta, Felipe e Gabriel); filho mais novo (Gabriel) *versus* filho mais velho (Felipe); aqueles que dão orgulho ao pai (Daiane e Luiza) *versus* aquele que envergonha o pai (Gabriel) e por fim, Gabriel *versus* família.

A família e a escola, enquanto componentes de uma rede de sustentação social e afetiva, são constituídas de pessoas significativas no contexto sócio-interativo da criança, conforme apontam Brito e Koller (1999), e especificamente neste caso, excluem Gabriel, ou ao menos, não manifestam um comportamento de aceitação, e nem sequer reconhecem suas necessidades. O menino representa um impedimento no desejo onipotente do pai (Josimar) em tutelar uma família perfeita.

Por outro lado, nota-se Josimar dominado narcisicamente por seus interesses em transferir-se para sua cidade natal. Tais necessidades parecem impedi-lo de acolher o filho.

Por conta do nascimento do filho, também os planos de mudar de vida, mesmo que idealizados, não podem ser alcançados pelo pai. A angústia desencadeada por essa frustração é compensada nas filhas, que detêm o carinho, atenção e são valorizadas até mesmo na escola.

Quanto ao cliente, sua ansiedade é gerada pelos sentimentos de rejeição e incapacidade em lidar com o que desconhece, como a leitura e a escrita ou mesmo na apatia manifestada durante a hora de jogo diagnóstica. O comportamento agressivo, assim como o desinteresse diante da aprendizagem escolar funciona como uma resposta alternativa diante da necessidade de aliviar essa ansiedade. Desse modo, podemos compreender sua conduta tanto na família quanto na escola.

Gabriel apresenta-se desprotegido diante dos sintomas que manifesta hoje. Os recursos internos que possui e a trama contextual com a qual se vincula parecem, até o momento, insuficientes diante dos sentimentos suscitados pelas adversidades com as quais se depara na família, na escola e até mesmo na comunidade.

#### **b.1.10) Entrevista de devolução: (cliente, família e escola):**

Como etapa final do processo de avaliação, iniciamos a devolução das conclusões formuladas após a integração do material obtido nos testes, nas entrevistas e nas visitas.

Josimar, pai de Gabriel, compareceu à clínica pela primeira vez desde que iniciamos o atendimento. Manteve um comportamento mais retraído do que na visita domiciliar, parecendo atingido pelas informações que lhe foram transmitidas. Expõe sua descrença no psicodiagnóstico alegando que já imaginava o que se passava com Gabriel. Justifica-se dizendo que ele é diferente de Felipe e das meninas, que nunca lhe deram trabalho e, ao contrário, elas cuidam da casa e Felipe cuida delas.



Marta intervém revelando sua ausência e inabilidade em cuidar dos filhos. Verifica-se que uns foram cuidando dos outros, porém acha que isso ficou mais evidente no trato dispensado a Gabriel, cuja gravidez impediu que os planos da família se concretizassem.

O clima estabelecido na situação da entrevista favoreceu o surgimento de novas informações sobre a família de Gabriel. De certa forma, os aspectos trazidos foram complementando as conclusões obtidas.

É possível que nas entrevistas de devolução possam surgir lembranças reprimidas ou mesmo atitudes inesperadas, que até aquele momento da avaliação não foram manifestadas. Tal situação permite ao psicólogo que formule seu plano terapêutico mais calcado na realidade (OCAMPO *et al*, 1985; ARZENO, 1995).

A mãe parece reconhecer a importância da merendeira no dia-a-dia escolar de Gabriel, pois comenta que, em uma das vezes em que foi chamada pela professora, Gabriel fez questão de apontar quem era a merendeira. Ela afirma que se sente feliz por isso, pois entende que na escola tem alguém que acredita no filho, além da professora atual, que segundo disse, é melhor por ser mais enérgica.

Em uma outra sessão destinada à devolução, o pai confirma nunca ter ido à escola, e reconheceu que, se frequentasse as reuniões de pais, entenderia melhor o que se passa. Além disso, surpreendentemente pergunta à psicóloga o quanto seria positivo se levasse o filho consigo ao trabalho, pois muitas vezes entrega mercadorias em cidades de praia e o menino poderia aproveitar o dia. Possivelmente esta questão sinalize alguma sensibilidade para com o filho.

A devolutiva para escola ocorreu em dois encontros. Observamos a antiga professora de Gabriel mais participativa e demonstrando uma conduta de maior aceitação ao que lhe era transmitido. Ela disse que pensa em falar com a diretora e

solicitar o retorno do menino para sua sala, devido a sua facilidade em lidar com crianças com dificuldades na aprendizagem.

Já a professora atual, reafirma seu desapontamento por ter que incluir em sua sala alunos de outras colegas, porque tais crianças carecem de alternativas pedagógicas para as quais ela não se sente capacitada.

A diretora, por sua vez, reconhece a importância da presença da psicóloga na escola e evidencia uma certa preocupação quanto à dinâmica escolar, mas seu interesse centra-se nas recomendações que atingem o âmbito individual do aluno e não o âmbito institucional. Também neste caso confirmamos o quanto a entrevista devolução enriquece a compreensão diagnóstica.

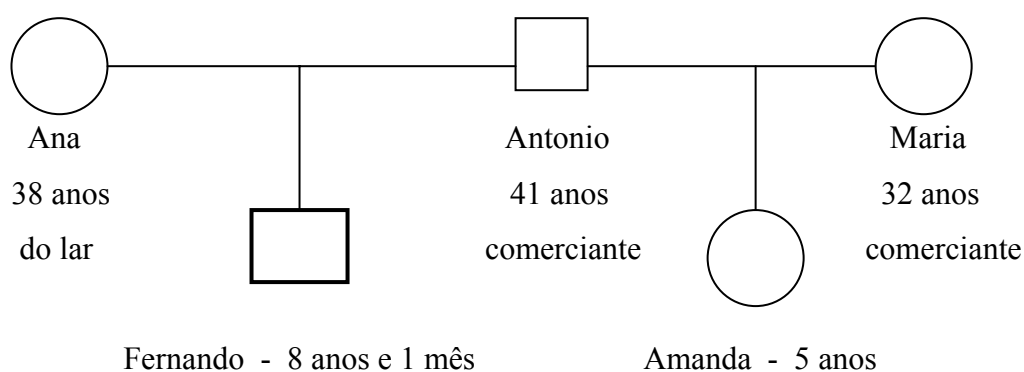
Sugerimos aos pais e à diretora que Gabriel fosse incluído em um programa que a escola desenvolve referente a práticas solidárias para com crianças carentes institucionalizadas. São organizados dois encontros mensais, visando atividades de recreação e alimentação. A merendeira faz parte desse grupo voluntário, que reúne também pais e professores, e foi com base nessa informação que consideramos a importância da participação dele e até mesmo de outros alunos, cujo desempenho escolar ou o comportamento na escola indicasse dificuldades.

Os pais, mais explicitamente o pai, pareceram mais receptivos e se propuseram a incentivar a participação do filho no referido programa. A diretora e as professoras, no entanto, mostraram-se mais receosas, temendo que essa participação pudesse ser desastrosa. A diretora, que anteriormente manifestara sua intenção em abolir o tal programa, parece reconsiderar a idéia, quando Josimar expressa sua intenção de envolver-se mais ativamente do mesmo.

## b. 2) Caso Clínico: Fernando

### b.2.1) Identificação:

Fernando com 8 anos e 1 mês, frequenta a segunda série do ensino fundamental em uma escola da rede particular. Filho único, sendo o pai, Antonio, 41 anos, comerciante de cosméticos com formação superior em administração de empresas e a mãe, Ana, 38 anos, dona de casa, com ensino médio completo, de acordo com a Figura 2.



**Figura 2: Genetograma da Família de Fernando**

### b. 2. 2) Queixa inicial e dados da entrevista:

A mãe procura ajuda psicológica a pedido da professora, que alega ser Fernando o mais lento aluno de sua classe. Mas a professora elogia seu comportamento educado durante as aulas. Ana diz que não se preocupa com essa lentidão, pois entende que, sendo ele um menino comportado e que não dá problemas, “*não deve haver nada sério acontecendo*” (sic).

Os pais estão separados desde seu nascimento. A mãe atribui a separação a desentendimentos entre o casal e principalmente a *“falta de amor”*. No entanto, afirma que o pai é prestativo e bastante presente na vida do menino. Embora tenha constituído uma nova família, com a qual possui uma filha, Amanda, atualmente com 5 anos, nunca deixa de atender as necessidades dela e do filho. Ana conta que namorou algumas vezes, mas, segundo ela, *“muito timidamente e nada sério”*.

Antonio visita o filho semanalmente e costuma programar passeios, inclusive a sua casa, contra vontade de Ana. Mesmo tendo manifestado constantemente a necessidade de atendimento psicológico para o filho, o pai não foi informado sobre a decisão da mãe de levar o menino a uma avaliação psicológica, sendo que apenas Ana compareceu às entrevistas. Quando questionada a esse respeito, Ana afirma que *“não vai dar ponto para o ex-marido”* (sic).

### **b. 2. 3) Entrevista com o pai (Antonio):**

A mãe, depois de certa resistência, demonstrou boa aceitação quando foi orientada a comunicar ao pai sobre o processo psicodiagnóstico. Durante a entrevista, Antonio mostrou-se atencioso e solícito. Percebeu algumas dificuldades no filho especialmente no que se refere a contatos sociais. Acha que Fernando é muito tímido e *“pouco esperto para idade que tem”* (sic).

Atribui as dificuldades escolares à falta de contato com outros meninos de sua idade e à falta de colaboração da mãe para realização das tarefas. Explicita seu desejo de que Fernando tenha formação superior. Diz que *“isso modifica e transforma as pessoas em gente de verdade...”* (sic).

Sobre sua nova família, relata o bom relacionamento com Maria, a atual esposa, e manifesta seu interesse em obter a guarda do filho, pois acredita que assim

poderia ajudá-lo nas lições e conviver mais com ele. No entanto, sabe que sua esposa não aceita essa condição e teme não conseguir manter a família unida. *“Já não deu certo uma vez, nem imagino passar por isso de novo”* (sic).

#### **b. 2. 4) Hora de jogo diagnóstica:**

Fernando demonstra certa relutância em aproximar-se dos brinquedos que lhe foram apresentados. Pergunta à psicóloga se pode pegar a massa de modelar. Ao pegar o bastão de massinha novamente pergunta se pode amassá-lo para fazer *“alguma coisa”*. Depois de apertá-lo entre as palmas das mãos, fala que não sabe o que fazer e abandona o bastão. Permanece observando os brinquedos ao seu redor, após certo tempo, pega mais uma vez a massinha e modela uma bolinha. Diz: *“fiz uma bolinha...e vou fazer uma cobrinha”*.

Em outro momento, pega o Resta Um e, sem verbalizar quase nada, joga muitas vezes até o final da sessão, demonstrando raciocínio e coordenação visomotora na manipulação das bolinhas.

#### **b. 2. 5) Avaliação do nível intelectual:**

Obtivemos um nível intelectual médio inferior através da Escala Weschsler de Inteligência para Crianças (WISC), sem diferença significativa entre habilidades verbais e de execução.

**b. 2. 6) Visita familiar:**

Ana e seu filho Fernando moram em apartamento de um conjunto habitacional no centro da cidade. A permanência no apartamento fez parte do acordo de separação do casal.

Ana decidiu continuar morando no mesmo local, pois já estava adaptada ao espaço. Fernando tem um quarto só para ele, no qual passa a maior parte de seu dia. Faz as lições, assiste à televisão, brinca e joga bola, apesar de constarmos que no condomínio onde moram há uma quadra poliesportiva, além de diversos espaços de lazer, como piscina, quiosque e jardins.

A mãe não gosta que ele desfrute desses recursos, afirmando que *“nunca se sabe que tipo de pessoa pode estar lá”* (sic). Fernando interrompe a mãe e fala em um tom de voz mais elevado que gostaria de ficar com outros meninos brincando embaixo do prédio. Ana, por sua vez, responde dizendo que ele tem tudo em seu quarto e que não deve reclamar de nada, pois *“basta dizer o nome de um brinquedo que o pai logo traz para ele”* (sic).

A mãe pede que a psicóloga veja o quarto do menino e verifique a qualidade e a adequação dos brinquedos. Observa-se a presença de uma estante repleta de jogos, carrinhos, bonecos super-heróis, além de uma cesta de basquete fixada a parede. Um mural expõe, além de alguns desenhos, a fotografia de Fernando junto com seu pai e a filha de 5 anos (do segundo casamento do pai). A mãe diz que essa fotografia é muito importante, pois Fernando deve entender que o pai não pode conviver com eles, por ter outra família para sustentar.

Ressalta-se que todas as portas que separam os ambientes, desde a área íntima da casa (quartos e banheiros) até a área social (sala, cozinha) permanecem fechadas. Inclusive Fernando, assim que mostra seu quarto, fecha a porta.

O quarto da mãe conta com a mesma mobília da época do casamento. Ela comenta que gostaria de uma nova decoração, no entanto Antonio não aceitou seu pedido, o que a deixou irritada a ponto de impedir as visitas a Fernando. Argumenta: *“tudo que Fernando precisa do pai é a casa e o que tem dentro da casa, é por isso que eu peço tudo para casa”* (sic).

#### **b. 2. 7) Visita escolar:**

A professora reafirma a queixa trazida inicialmente pela mãe e acrescenta que o comportamento de Fernando é exemplar, pouco conversa com os outros, nem mesmo quando é provocado pelos colegas, não dá trabalho em sala de aula. Contudo seu desempenho acadêmico apresenta-se *“muito aquém dos colegas de sua sala”* (sic).

Apresenta Fernando como desinteressado para com o conteúdo das aulas, observa atrasos na alfabetização e pouca persistência diante dos problemas matemáticos. Por outro lado, diz que não está preocupada com ele, pois sendo um menino obediente e educado logo irá adquirir os conhecimentos para alfabetizar-se.

A visita escolar nos possibilitou também conhecer o posicionamento da coordenadora pedagógica que, por sua vez, contesta a professora e afirma que diferente de um comportamento educado, Fernando denota medo e retraimento diante dos colegas e dos professores.

A escola adota estratégias pedagógicas rigorosas, especialmente no diz respeito ao processo de avaliação do rendimento escolar, e, apesar de frequentemente rechaçado pelos pais dos alunos, segundo a diretora, é o *“mais indicado para uma escola que tem como meta uma aprendizagem mais exigente”* (sic).

**b. 2. 8) Análise contextualizada do material clínico:**

A partir do nascimento de Fernando, o casal assume a separação. Não houve portanto, possibilidade de um par parental como fonte de identificação genital e social, dificultando a internalização do modelo do casal, como afirmam Arzeno (1995); Aberastury e Salas (1985); Knobel (1987).

Ana parece distante afetivamente do filho, mesmo quando é solicitada a encaminhá-lo para o atendimento psicológico, deixa claro que não acredita que o menino tenha algum tipo de dificuldade, imagina que possa ser algo passageiro.

Da mesma forma que a mãe, a professora denota certa ambigüidade, pois se, por um lado, o encaminha para avaliação psicológica, por outro entende que seu bom comportamento compensará as dificuldades escolares.

Fernando é visto pela mãe e pela professora como um menino de boa conduta que respeita as ordens da mãe em casa, educado, não conversa na classe, não atende as solicitações dos colegas, ou seja, submete-se aos desejos da mãe e da professora, colocando-se em uma posição passiva, submissa e apática, com excessivo retraimento. Aspecto esse, bastante observado na Hora de Jogo Diagnóstica, revelando os impeditivos de Fernando de fazer uso dos recursos intelectuais que possui (nível intelectual identificado como médio inferior) gerando dificuldades na escolaridade, conforme a queixa inicial.

A visita escolar nos permitiu relacionar as opiniões da professora e da coordenadora pedagógica, bem como ponderar as divergências entre o olhar de cada uma sobre o caso. Enquanto a primeira valoriza a atitude contida de Fernando e credita essa atitude à possibilidade de melhor desempenho acadêmico, a segunda aponta para um comportamento temeroso diante do contexto escolar. Assim, verificamos uma dissociação no espaço institucional, como afirma Langer (1985), possível de ser



identificada a partir do entendimento do tipo de intercâmbio que rege os diferentes níveis institucionais.

Podemos pensar na funcionalidade desse comportamento passivo como sendo compensatório de sua aceitação no ambiente escolar e familiar, uma vez que dois fatores merecem ser considerados: seu rendimento, que deixa a desejar, e a importância que o pai atribui à formação acadêmica.

Ana, a mãe, alia-se à professora e ambas sustentam que as dificuldades escolares, neste caso, serão supridas pela atitude complacente do menino. Ana deseja ser reconhecida como responsável pela educação do filho, mesmo separada do marido. Já a professora parece beneficiar-se ao contar em sua sala de aula com um aluno tão comportado, sem se dar conta de que sua satisfação pode estar interferindo na escolaridade de Fernando.

O contato *in loco* com a habitação familiar, igualmente nos ofereceu elementos relevantes, como a observação das portas fechadas em todo o espaço da casa. Mãe e filho pareciam bastante acostumados com esse procedimento, sinalizando de certa forma a cristalização dessa relação familiar.

Na medida em que as portas sugerem uma forma de contato direto entre os ambientes, nossa atenção centra-se no impedimento em acessarem os cômodos, na condição de manterem-se afastados e protegidos um do outro, de modo que nem mesmo o contato visual fosse possível, acentuando o espaço familiar como gerador de ansiedade e fantasias relativas ao que se passa em cada cômodo.

Ao analisar o espaço familiar no caso clínico de um jovem adulto, Berenstein (1988) relaciona o regime “*portas abertas*”, como convencionou denominar, com relações familiares mais harmoniosas e o regime “*portas fechadas*” com a necessidade de proteção.

Ana permanece no mesmo apartamento que vivia quando casada, ou seja, foi construído para a família conjugal, da mesma forma que ainda mantém o ex-marido no papel de provedor de sua casa. Quanto ao pai, este projeta sobre o filho sua própria expectativa na formação superior, como garantia para o futuro.

A relação entre Fernando e seu quarto é outro ponto a ser discutido. Trata-se do espaço no qual permanece todo o tempo em que não está na escola, brinca, arremessa a bola na cesta de basquete (deste modo pode jogar bola sem outros companheiros) e faz as lições, sempre solitário e isolado.

Relacionamos tal situação a um cárcere, no qual Fernando é colocado e ali deve permanecer, protegido de possíveis ameaças externas, como representadas pelos meninos que residem no condomínio e das possíveis fantasias sobre a convivência com o pai, como indica a fotografia no mural.

Aprisionado como em uma *gaiola de ouro*, metaforicamente falando, mostra seu descontentamento e dá sinais de liberdade manifestando o desejo de estar com os outros meninos e brincar em outros espaços. Tal manifestação é imediatamente reprimida pela mãe, demonstrando sua incapacidade de compreender as necessidades do filho.

Neste caso, identificamos no espaço familiar e escolar a presença de fatores que atingem a criança em seu processo de aprendizagem e desenvolvimento geral.

Julgamos importante pensar que sua capacidade intelectual, considerada média, não é suficiente, pelo menos até o momento, para aquisição da alfabetização. Apontamos para a imprescindível necessidade de um ambiente familiar (especialmente no que se refere ao vínculo com a mãe) e de um ambiente escolar, capazes de assegurar um percurso mais satisfatório e integrador.

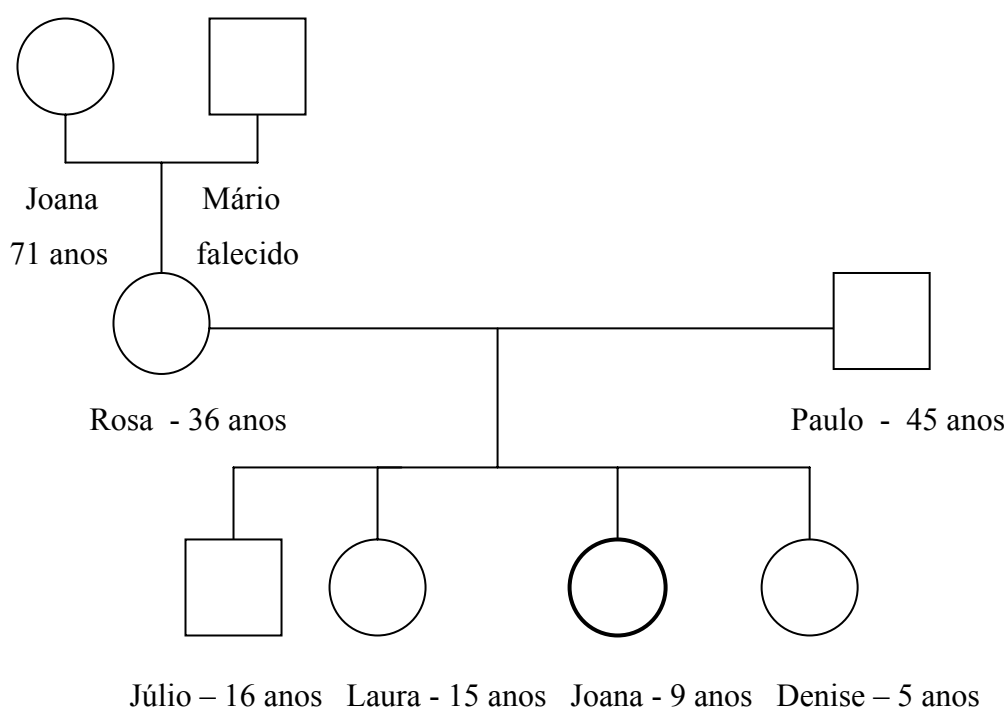
### b. 3) Caso clínico: Joana

#### b. 3. 1) Identificação:

Joana, de 9 anos e 2 meses de idade, é filha de Rosa, ajudante de cozinha, com 36 anos e de Paulo, 45 anos, garçom. Tem três irmãos, conforme demonstra a Figura 3: Denise de 5 anos, Laura de 12 anos e Júlio de 16 anos, que é ajudante num lava-rápido de carros.

Joana frequenta terceira série do ensino fundamental em uma escola da rede pública. Os pais trabalham juntos no mesmo restaurante. O pai as tardes e noites, e a mãe fica apenas na parte da manhã.

Também reside na casa a avó materna, Joana (mesmo nome dado à neta) de 71 anos, até seis meses atrás contava com a presença do avô materno, atualmente falecido.



**Figura 3: Genetograma da família de Joana**

**b. 3. 2) Queixa inicial e dados da entrevista:**

Joana vem apresentando problemas na escola. Paulo, pai da menina, diz que a professora recomendou ajuda psicológica pois acredita que ela esteja “*desaprendendo*”. Seu rendimento escolar sempre foi considerado muito bom desde a pré-escola, no entanto atualmente parece desconhecer conteúdos que já haviam sido aprendidos.

A mãe é freqüentemente chamada à escola devido à preocupação da professora com o desempenho da menina, inclusive, coloca-se a disposição para um diálogo com a psicóloga.

O pai compartilha da preocupação da professora e atribui essas dificuldades ao falecimento do avô, com o qual a menina mantinha um bom relacionamento. A mãe, por sua vez, acrescenta que após a morte do avô, Joana tem estado mais calada e quieta, mas também acha que essa atitude é “*comum para idade de se tornar uma mocinha*” (sic).

Os filhos estão bastante ressentidos pela morte do avô, especialmente Joana, que agora esta ainda mais apegada à mãe e à avó. Desde o início do casamento de Rosa e Paulo, os avós sempre moraram juntos e acompanharam o nascimento dos netos.

O nome dado a Joana homenageia a avó materna e os pais confirmam que essa decisão partiu do avô e todos concordaram. A criança passou a ser chamada de “*Joaninha*” para diferenciar-se da avó. Relatam diversos episódios a respeito da vida do avô, sempre de maneira positiva.

A avó colabora nos afazeres domésticos e cuida das meninas, diariamente leva Joana e Denise à escola e fica com elas o dia todo.

**b. 3. 3) Hora de jogo diagnóstica:**

A cliente mostra-se receptiva. A maior parte do tempo elabora pinturas no papel. Mistura cores de tintas e produz desenhos sem formas definidas, apesar de nomeá-los como sendo casas, árvores, parques, entre outros.

Demonstra dificuldade para contar histórias, parecendo mais interessada em pintar as folhas de papel. Ao todo fez 11 pinturas. Quando terminou, permaneceu observando os brinquedos a sua volta. Pega cada um deles, observa-os e coloca-os dentro da caixa. Permanece sorridente durante todo encontro e ao retornar à recepção, abraça carinhosamente a avó, que a aguardava juntamente com a mãe.

**b. 3. 4) Técnicas gráficas:**

Neste caso, utilizamos o procedimento do Desenho Livre-Estória de Trinca (1976). Joana, ao desenhar a primeira unidade, representou uma casa, uma árvore e uma menina ao lado da casa. Detalhou muito o desenho, principalmente o colorido, como podemos observar no Anexo E.

Sobre a história relata: *“era uma menina que tinha uma casa e foi arrumar a casa dela... um dia ela deixou tudo arrumado [porque?] ...precisava colocar tudo no lugar ... depois ela foi brincar, por que antes ela estava sozinha e precisa arrumar a casa, depois chegaram a mãe dela, o pai e mais toda família”*.

**b. 3. 5) Visita familiar:**

A família de Joana reside numa casa térrea, na qual observamos o quarto dos avós maternos no fundo da casa. Após a morte do avô, a menina decidiu mudar-se para o quarto junto com a avó, alegando que Júlio, seu irmão mais velho, chegava tarde e a acordava.

Joana assumiu o quarto da avó, porém nada que era seu foi levado para o novo espaço. A mobília, assim como os ornamentos e a roupa de cama continuam sendo as mesmas do casamento dos avós. Nem mesmo suas roupas e seus pertences de higiene pessoal foram levados. Quando questionados sobre essa “mudança”, os pais respondem que desse modo teriam lembranças do avô. Joana frequentemente ouve essa justificativa e diz que gostaria de levar suas coisas para o quarto.

Os irmãos acomodam-se num cômodo único, amplo e decorado com móveis, posters e brinquedos. Os pais e a avó expressam claramente sua satisfação com a casa. A maior parte da visita é ocupada com verbalizações descrevendo episódios sobre a vida do avô falecido. A avó diz que o marido morreu subitamente e que foi um choque em especial para Joana. Paulo conta que o sogro era alcoólatra e morreu de cirrose crônica, no entanto a avó não aceita essa idéia e nada é comentado com os filhos nem com outros parentes.

Assim como na entrevista de anamnese, comentam de modo aprazível, passagens da vida do avô.

**b. 3. 6) Visita escolar:**

O contato com a escola nos possibilitou observar o comportamento de Joana nesse ambiente. Em sala de aula sua atitude quieta e reservada vem sendo mais evidente nos últimos meses, conforme acontece em sua casa. Contudo, no intervalo das aulas mostra-se agitada e irritada, correndo para todos os lados, gritando com os colegas durante as brincadeiras.

A professora conhece a menina apenas em sala de aula, quanto ao recreio, nossa própria observação, bem como a entrevista realizada com a inspetora de alunos, nos revelou esse outro lado, que difere da sala de aula.

Joana nos apresentou a inspetora dizendo: *“é ela que sabe de todo mundo por aqui...ela sabe de tudo mesmo...[o que ela sabe?]....sabe dos alunos e não é professora de ninguém...”*.

Pudemos confirmar que a professora desconhece a conduta de Joana durante o recreio.

**b. 3. 7) Análise contextualizada do material clínico:**

A queixa trazida pelos pais da menina relaciona-se diretamente a questões escolares, no entanto outros aspectos da dinâmica familiar, especialmente no que se refere a morte de Mário, avô materno, são secundariamente invocados.

Esta oportunidade de escuta nos remete a Ocampo *et al* (1985) quando esta destaca a necessidade de um escuta clínica atenta aos aspectos manifestos e latentes do motivo da consulta. Assim, entendemos no caso em questão, que possivelmente a dinâmica familiar após a morte do avô seja o motivo mais relevante da consulta, uma

vez que na entrevista inicial, apenas o pai manifestou essa preocupação, já a mãe, evidencia maior resistência quando atenua a importância do fato e atribui as dificuldades escolares a características comuns da pré-puberdade.

Destacamos a proximidade afetiva de Joana com a mãe e com a avó, não havendo espaço para a inserção do pai. Os avós, presentes durante toda a vida dessa família, imprimem sua marca na dinâmica desse grupo.

Sobre a função do pai, Soifer (1989) afirma que devido a maior tendência em observar a realidade objetiva, ele facilitaria o desprendimento da mulher, liberando-a da adesão emocional com o filho. No caso de Joana, observa-se que o domínio dos avós maternos sobre a dinâmica familiar desloca a figura do pai para uma posição secundária, sem capacidade para exercer sua autoridade.

Inclusive, a respeito do nome da filha, os pais apenas concordaram, na medida em que permitiram que o avô decidisse e lançasse sobre a menina a projeção dessa identificação.

Joana parece aceitar essa deposição, pois vive um momento ainda mais confuso com a morte do avô e responde através do desejo de ficar no mesmo quarto que a avó.

A situação de Joana como receptora do nome e seu avô Mário como doador, sinaliza uma qualidade de relação permeada por indicadores inconscientes, conforme mostra Berenstein (1988) ao discutir a importância dos nomes próprios como representações da psicodinâmica do indivíduo e da família.

Este aspecto parece evidenciar-se quando a menina manifesta o desejo de acomodar-se no quarto dos avós, como se emergisse na qualidade de herdeira dos avós maternos.



A real causa da morte do avô emerge como um segredo familiar, algo que a família precariamente esconde, mas que de certa forma assegura sua imagem, ao mesmo tempo em que interfere no processo de comunicação e na dinâmica entre seus membros. Quando ao pai explicita esse assunto, durante a visita, busca o desvendamento desse segredo e o rompimento da situação atual para uma outra reorganização do grupo.

O diagrama desse espaço familiar nos aponta o quarto do casal como elo de ligação entre o quarto dos filhos e o quarto dos avós, como verificamos no Anexo 6, sugerindo as implicações no que diz respeito à privacidade do casal.

De acordo com o esquema de análise proposto por Berenstein (1988), podemos contrapor alguns aspectos passíveis de analisar como: o quarto dos avós *versus* o quarto dos filhos; pai *versus* os filhos e sogros; Joana, juntamente com a mãe e a avó *versus* pai; Joana *versus* pai; e, avô falecido *versus* pai.

A visita familiar evidencia a presença simbólica do avô, embora falecido, na maneira como o grupo se organiza. A presença de objetos como cigarros e cinzeiros por exemplo, ainda estão na casa, sendo que nenhum outro elemento da família é fumante. De certa forma, estamos frente a uma casa despersonalizada (JAITIN, 1987), ou seja, estruturada pelos avós maternos, Joana e Mário, esse último, embora falecido, ainda presente.

A visita escolar, diferentemente da entrevista apenas com a professora, nos permitiu verificar o uso de mecanismos de cisão, de um lado satisfazendo os desejos da mãe e da avó, e do outro, impulsiva e hostil, marcando seu território na escola.

As diferentes versões apontam para as contradições existentes e a extensão do desconhecimento da escola com relação a Joana. A professora não a conhece fora da sala de aula, nem mesmo conhece a posição de seus pares, como é o caso da professora de Educação Física. A inspetora não imagina quem é a aluna, a não ser nos intervalos das aulas.

Desse modo, questionamos a história escolar dessa criança e de outras que integravam a mesma instituição. Machado (1996) nos fala que a produção do fracasso escolar se dá no dia-a-dia das relações da escola pública, desencadeando sentimentos de incapacidade na criança.

Não é a escola apenas que não favorece a completude da menina. Na família, assim como na escola, apresenta-se como uma “*boa menina*”, atendendo às expectativas da avó e da professora, e desse modo garantindo o afeto que necessita. Ao lado da avó, a criança parece estar subjugada a suas demandas, de natureza superegóica que impedem seu contato mais efetivo com o pai, irmãos e colegas de classe.

Sua produção gráfica indica imaturidade, comportamento regredido e dificuldade para confabular. Joana se mantém apoiada na mãe e na avó para assegurar sua identidade confusa, o que interfere em sua autonomia, independência e conseqüentemente em seu rendimento escolar.

Ainda sobre o desenho projetivo, enfatiza a necessidade de arrumar a casa, representando seu desejo de colocar as coisas em seus devidos lugares, possivelmente o lugar que cada um ocupa na dinâmica familiar. Também ponderamos que, ao arrumar a casa, estaria mais uma vez se comportando dentro dos moldes exigidos, garantindo sua aceitação pela terapeuta.

### **b. 3. 8) Entrevista de devolução (cliente, família, escola):**

Sobre o momento da devolutiva, ressaltamos que a falta de comunicação entre a inspetora de alunos e a professora foi um dos principais aspectos abordados na devolutiva para a escola. De modo objetivo, a vice-diretora determinou que, nas reuniões de professores, houvesse um momento para dialogar sobre o comportamento dos alunos.

A pedido da inspetora, conversamos com a professora de Educação Física que qualificou de discrepante o comportamento de Joana.

Indicamos acompanhamento psicoterápico para a cliente a fim de auxiliá-la na superação de suas dificuldades de integração e no desenvolvimento de sua identidade.

Identificar o tipo de modelo que os pais representam para a criança pode ser importante para a fase devolutiva, pois é possível ajudá-los a retificá-lo e, segundo Arzeno (1995) seria uma ação útil para todo o grupo familiar e não apenas para um de seus filhos.

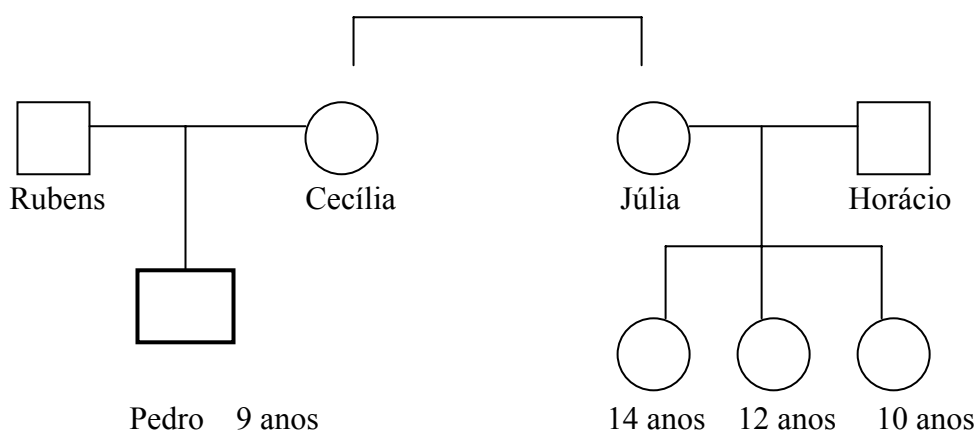
Sobre a problemática dinâmica familiar, que tem a avó materna como centro, apontamos a necessidade de alguns encontros que facilitassem a explicitação dessas relações.

#### **b. 4) Caso clínico: Pedro**

##### **b. 4. 1) Identificação:**

Aos 9 anos de idade Pedro é criado pela tia materna desde os 4 anos, pois a mãe abandonou a família e foi morar em outro estado. O pai nunca assumiu o filho. A tia, por sua vez, vive com o marido e mais três filhas, de 10, 12 e 14 anos. Afirmam que sempre se deram muito bem, mas que Pedro sempre apresentou problemas escolares e temem que os problemas se ampliem ao prosseguirem os estudos e os transtornos se acumulem.

Cursa a 3<sup>a</sup>. série do ensino fundamental em uma escola pública.



**Figura 4: Genetograma da Família de Pedro**

**b. 4. 2) Queixa inicial e dados da entrevista:**

Pedro não consegue se concentrar nas aulas e tem dificuldades na leitura e na escrita. A tia diz que não foram apenas os problemas de aprendizagem que a motivam buscar ajuda psicológica, mas também o fato de ele ser muito sensível, pois *“tudo que pede é sempre chorando”*.

As filhas se acostumaram a atendê-lo e acariciá-lo quando chora. Desde que veio a fazer parte da família, manifesta-se desse modo. A tia acredita que isso se deve ao modo como é tratado em sua casa, especialmente pelas filhas, que até hoje fazem dele o *“o menininho da casa”*.

Pedro conhece sua história de abandono. Sempre fez perguntas sobre seus pais biológicos, mas com o tempo foi deixando de lado as indagações. A tia confirma que nunca lhe escondeu nada e até mesmo suas outras irmãs e cunhados sempre falam com ele sobre as circunstâncias em que veio para casa dos tios.

Pedro estuda na mesma escola das primas. Estão sempre juntos, inclusive quando vão e voltam da escola. Vêem televisão e freqüentam o clube social do bairro. Quando saem com as amigas, comumente o levam junto, mesmo com a discordância da tia.

#### **b. 4. 3) Hora de jogo diagnóstica:**

Pedro mostra uma atitude resistente ao aproximar-se do material lúdico. Permanece por um tempo olhando os brinquedos sem tocá-los. Aproxima-se da massinha de modelar e das tintas com certa lentidão nos movimentos.

Solicita uma folha de papel, abre os potes de tinta colorida e começa a pintar. Denota dificuldade em manusear o pincel e em utilizar a tinta. Sua produção torna-se incompreensível, com traços acumulados e excesso de tinta.

Abandona a atividade e pede para ir embora. Diante da explicitação do enquadre, ajoelha-se no chão e reinicia um novo desenho. O resultado se repete.

#### **b. 4. 4) Visita familiar:**

O espaço familiar caracteriza-se por uma casa ampla e bem organizada, conforme o padrão econômico da família. Na observação direta do lugar destacamos o quintal que favorece as brincadeiras das crianças, chamando atenção a presença de um antigo carrinho de bebê, lotado de bonecas.

Sobre esse carrinho, a tia informa que as meninas o utilizam para brincar acomodando Pedro dentro do carrinho e conduzindo-o pelo quintal. A filha mais nova pronuncia uma frase que dá sentido a dinâmica da família. Diz: *“ele é o bebezinho”*.

Também contam que brincam de escolinha, mas como Pedro dificuldades para escrever, escrevem para ele. Agem do mesmo modo quando Pedro tem alguma tarefa escolar que não consegue realizar. Apesar de afirmarem que tentam ensiná-lo a escrever, acabam fazendo as lições por ele, e dizem: “*ele demora demais, mas sabe fazer as coisas*”.

#### **b. 4. 5) Visita escolar:**

A entrevista com a professora de Pedro constatou as informações trazidas pela tia a respeito de seu choro quando deseja algo. A professora qualifica como manha, e ainda coloca que a causa desse comportamento é a própria atitude da família, principalmente das primas.

A inspetora de alunos afirma que ele é um menino quieto demais e chorão, sempre amparado pelas primas.

A professora já conversou com a tia sobre o fato de as lições não serem feitas por ele, mas a tia diz que vai tomar providências e nada acontece. Deixa clara sua preocupação com fato de Pedro estar demonstrando um desempenho acadêmico bem abaixo do que é esperado para sua idade.

#### **b. 4. 6) Análise contextualizada do material clínico:**

A visita familiar nos propiciou identificar que Pedro é pouco exigido em suas atividades, não é respeitado em seu potencial intelectual e reage por meio de um comportamento regredido, sem condições de expressar seus desejos.

De certa forma, Pedro mostra-se limitado socialmente, convivendo com as primas e com as amigas das primas, ou seja, distante de outros meninos e de outras atividades próprias de sua idade.

O tio ocupa uma posição ambígua, pois não sabe se repreende Pedro e assume uma atitude de pai, ou o deixa de lado, pois como tem a guarda do menino, sente-se inseguro. Essa situação denota a dificuldade do tio / pai em assumir seu papel no processo educativo do menino, gerando conflito e ausência da figura paterna em seu desenvolvimento.

A angústia diante do insucesso escolar desencadeia mecanismos defensivos ligados à negação. Quando questionado sobre sua escolaridade, perde a espontaneidade e dá respostas bloqueadas, com baixo grau de motivação e interesse.

No que se refere a hora de jogo diagnóstica, observamos certas dificuldades motoras, mais especificamente quanto a preensão e manejo de objetos e ao ritmo dos movimentos. Segundo os indicadores apresentados por Ocampo *et al.* (1985), tais problemas caracterizam a impossibilidade da criança dominar os objetos do mundo externo afetando sua capacidade de satisfazer suas necessidades e dificultando sua autonomia.

Pain (1986) sugere que se considere o conjunto de fatores no diagnóstico dos problemas de aprendizagem. No caso de Pedro, a análise desses aspectos parece pertinente, pois as dificuldades motoras não são decorrentes de fatores neurológicos, mas correspondem a fatores de ordem psicológica e ambiental, como foi possível observar no contato direto com a família e com a escola.

Embora as entrevistas realizadas no contexto da clínica nos tenha oferecido elementos imprescindíveis para nossa avaliação, a visita familiar possibilitou, de forma mais objetiva, pensarmos que não apenas o tio / pai vive essa ambigüidade em relação

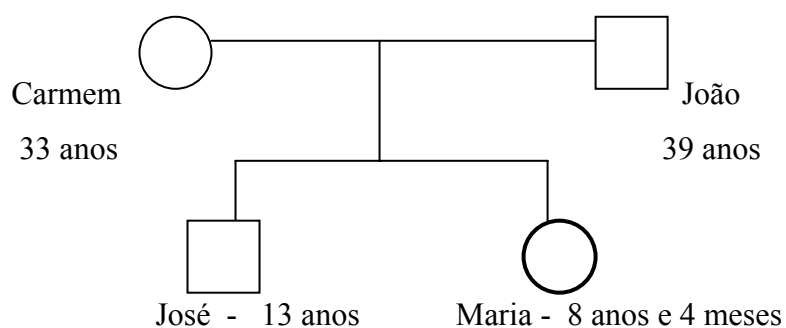
ao seu papel, mas por vezes, é o próprio o casal que, ao aceitar Pedro, parece ter adquirido um “*brinquedo*” para suas filhas.

A aprendizagem escolar se constituiu no lugar encontrado pelo cliente para expressar sua angústia, à medida que em sua casa, as relações são aparentemente perfeitas e sem conflitos, mantendo um equilíbrio precário. Muitas dificuldades escolares podem ser compreendidas a partir de mecanismos de idealização, negação e dissociação, centrando os conflitos na relação com os professores e com os colegas de classe (OCAMPO *et al.* 1985).

#### b. 5) Caso Clínico: Maria

##### b. 5. 1) Identificação:

Maria é filha de pais separados. Tem 8 anos e 4 meses, mora com a mãe e o irmão, José de 13 anos. Frequenta a quarta-série do ensino fundamental em uma escola pública. Além disso, faz curso de Inglês, para o qual obteve uma bolsa de estudos.



**Figura 5: Genetograma da Família de Maria**



**b. 5. 2) Queixa inicial e dados da entrevista:**

Apesar de apresentar bom rendimento escolar, mesmo assim, a queixa trazida vem do ambiente na escola devido a seu comportamento considerado por sua professora como reprovável.

Maria é agitada na escola, agressiva, briga com os colegas de classe, chega a bater em quem a contraria. Segundo a professora, ela *“rebate tudo que é ensinado em aula”* (sic), questiona a professora, que afirma não saber lidar com a menina e não ter paciência. No entanto, aponta seu desempenho como positivo e considera-o como o melhor da classe.

A mãe diz que Maria é uma menina *“esperta”* e nunca precisou ajudá-la nas lições de casa, nem nas tarefas domésticas, pois aprende com facilidade. Atribui essa característica ao pai, João, que se formou em Direito, trabalha numa grande empresa e *“não deixa faltar nada para os filhos”* (sic).

Destaca as qualidades do ex-marido, afirmando ser muito inteligente e esforçado, estudando no período noturno e trabalhando durante o dia, pois não tinha uma situação financeira confortável.

João, por sua vez, comenta que a separação aconteceu por ele ter se distanciado muito da família e não houve como retomar a relação com Carmem. O casal compartilha a expectativa de oferecer aos filhos um futuro profissional promissor e explicitam o desejo de que cursem o ensino superior. Atribuem esse desejo a própria trajetória profissional do pai, que após a formação superior obteve uma significativa melhora na condição financeira.

**b. 5. 3) Técnicas gráficas:**

Maria demonstra boa compreensão e aceitação da situação diagnóstica. Em sua produção gráfica desenha uma praça, com avisos sobre cuidados com o meio ambiente (Anexo G). Denota sinais de bom nível intelectual e uso de mecanismos defensivos de racionalização diante da possibilidade de se expor.

A análise nos mostra ainda elevado grau de ansiedade em seus desenhos. Após a finalização do desenho, faz críticas e demonstra descontentamento com sua elaboração. Comenta que não sabe desenhar muito bem, que nunca pensou em ser desenhista e nem pintora. Ao ser questionada sobre o que gostaria de ser, Maria responde que será jornalista e justifica dizendo que gosta dessa profissão.

**b. 5. 4) Visita familiar:**

Os dados observados no contexto domiciliar, desvelam um espaço carregado de livros das mais diversas áreas. A separação do casal ocorreu há quatro anos, porém o pai, propositalmente deixou os livros para os filhos estudarem, argumenta a mãe.

Curiosamente nota-se a valorização do lugar destinado aos estudos e a elaboração das lições da casa. Trata-se de um canto especial, com um mural de avisos, fotografias e recortes de jornais a respeito de violência, meio ambiente, entre outros.

O espaço da cozinha é partilhado por todos, é o lugar no qual estão todos, segundo José, irmão mais velho, é o lugar onde “*trocamos idéias*”, principalmente no jantar, pois é o único horário em que é garantida a presença da mãe e dos dois filhos.

Parte da mesa da cozinha é reservada a servir as refeições e a outra parte é ocupada com jornais, revistas, recipientes com mantimentos, telefone, caderno de anotações, entre outros.

A mãe é cabeleireira, permanece fora de casa o dia todo, mas não se preocupa com os filhos, que julga serem bem independentes. Maria e o irmão costumam passar as tardes com a tia materna, que é professora da rede pública, e lá brincam e vêem filmes com os primos.

#### **b. 5. 5) Visita escolar:**

O interesse em destacarmos este caso se refere ao contexto escolar. Ao realizarmos a visita escolar, identificamos que Maria é reconhecida, entre os outros alunos e outras professoras, por ter sido a segunda colocada numa olimpíada de matemática que contou com participantes de toda a região do ABC.

Embora este tenha sido mérito da aluna juntamente com a escola, sua professora não concorda em divulgar esta informação para toda a escola. Em sua opinião isso pode interferir negativamente no aprendizado. Explica que Maria pode sentir-se “*superior aos outros alunos*”, quanto à escola, acha que não seria justo, pois não haveria como provar quem realmente foi responsável pelo sucesso da aluna.

Tal posicionamento não foi aceito pela coordenadora da escola, nem mesmo pelas outras professoras. Esta divergência foi exposta pela diretora que, desorientada, acreditou na possibilidade de utilizar-se desse fato como forma de qualificar sua gestão.

**b. 5. 6) Análise contextualizada do material clínico:**

Evidencia-se um conflito no âmbito escolar, especialmente envolvendo a coordenadora e a professora. A diretora denota certa incapacidade enquanto gestora, de solucionar esse e outros impasses do cotidiano institucional.

Um outro aspecto a ser considerado diz respeito à atual professora que impõe seu desejo e se mostra pouco disponível aos demais envolvidos no processo educativo. Diz: *“ficar divulgando que ela ganhou não é bom nem para ela, nem para os colegas da classe, assim não terá mais interesse em estudar e acabará influenciando os demais”* (sic).

Partindo-se da visão da escola como espaço de socialização, concordamos com Britto e Koller (1999) quando afirmam que tanto nas relações competitivas, assim como nas colaborativas, as crianças têm oportunidade de aprender a colaborar, dividir, ganhar, perder, esperar pela sua vez, enfim, alteram seus pensamentos, aspirações e condutas sociais.

O caso de Maria revela uma relação de pouca cumplicidade entre professores, coordenação pedagógica e direção. As diferentes opiniões sobre a conquista de Maria nas olimpíadas de matemática indicam o domínio de crenças que transformaram algo que é positivo em causa de um problema, impossibilitando a fluidez da comunicação no grupo e conseqüentemente a saúde do cotidiano escolar.

Sob outro aspecto, a representação do professor é considerada um elemento substituto materno ou paterno e, desse modo, a relação de Maria com a professora parece comprometida, o que nos sugere uma análise sobre a elaboração da questão edípica. Outeiral (1997) lembra que, trabalhar com crianças desperta no professor aspectos infantis, que podem gerar sentimentos por uma determinada criança evocados a partir de sua própria história de vida, nessa mesma etapa do desenvolvimento.

Questiona-se aqui o papel da professora, uma vez que observamos implicações no modo como se vincula à cliente. Lebovici *et al* (1980) nos fala sobre a função do educador e ressalta a necessidade de que ele reconheça sua influência no desenvolvimento escolar de seus alunos.

Neste caso, estaria projetando na aluna seus conteúdos internos não elaborados. Maria, por sua vez, manifesta um comportamento reativo diante dessa deposição e resultante da conflituosa dinâmica institucional.

Como propõe Fernández (1990), a manifestação reativa estaria relacionada à qualidade do vínculo ensinante – aprendiz e sua superação também envolveria determinantes externas à criança.

A presença do psicólogo na escola, ouvindo diretamente a professora da criança, a coordenadora e a diretora, permitiu captar dados sobre o funcionamento hierárquico da instituição. O pedido de ajuda da diretora, a determinação da professora em não divulgar o sucesso da aluna e a atitude passiva dos demais professores interferiram no cotidiano das relações com os alunos. Entendemos que dificilmente teríamos acesso a esse clima institucional se contássemos apenas com as entrevistas realizadas no consultório.

Maria parece conviver em um ambiente familiar que lhe permite conhecer o mundo e pensar e, em função disso, responde positivamente às exigências acadêmicas.

A análise do desenho indica maturidade social e cognitiva. Denota também, capacidade crítica e mecanismos defensivos ligados a racionalização ao representar um tema ecológico voltado ao meio ambiente, portanto de grande aceitação social.

O comportamento “*reprovável*” citado pela professora e trazido como motivo para o encaminhamento, poderá ser entendido como uma conduta saudável, a medida que, representa a negativa da cliente em adaptar-se ao contexto escolar, que não a aceita e não reconhece seu saber. Nesse caso, não se trata de uma causa sintomática da

família ou mesmo da criança, mas da escola, que enquanto instituição sócio-educativa, de certa forma, expulsa o aprendente (FERNÁNDEZ, 1990).

Caberia observarmos a atitude agressiva para com os colegas de classe, indicando rivalidade no relacionamento com os amigos, agravada pelas circunstâncias características do ambiente escolar.

Para Pain (1986), dependendo da forma como se instrumentaliza o processo educativo, este pode gerar um efeito alienante ou libertador, ou seja, a própria sociedade enferma causa reações negativas, quando deveria necessariamente promover o máximo de independência e auto-valorização. No caso de Maria, a escola parece apontar o caminho inverso, impondo um certo cerceamento em suas possibilidades de aprender.

A entrevista de devolução de informação que foi realizada posteriormente pode ser de grande valia em termos da explicitação do real significado desse conflito na dinâmica escolar. Entendemos que o conflito criado na equipe foi um obstáculo para que, tanto Maria, enquanto segunda colocada na olimpíada, como a escola, na qualidade de responsável pela formação da aluna, fossem reconhecidas pela comunidade.

O distanciamento entre a família de Maria e a escola é revelado quando observamos que Carmem parece desconhecer o que ocorre em relação à conquista na olimpíada de matemática. A preocupação dos pais mostra-se centrada em como será o futuro de seus filhos, deixando para um segundo plano o processo que envolve essa formação. Tanto João quanto Carmem optaram pela escola de seus filhos baseados nas exigências acadêmicas e cognitivas, sem considerar a importância desse espaço para o desenvolvimento sócio-afetivo.

A família, assim como a escola tem suas características e peculiaridades que merecem ser analisadas. A escolha da escola pela família nos indica as possíveis fantasias e expectativas dos pais, que devem necessariamente conhecer a instituição que cuidará da educação de seus filhos. Como afirma Outeiral (1997), as escolas não se

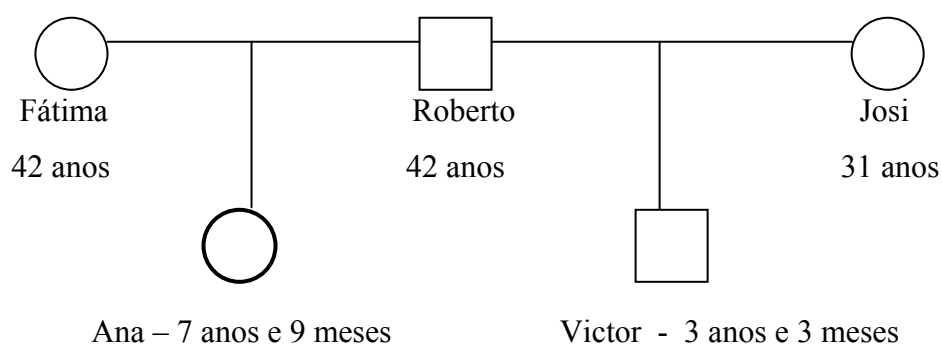
organizam para receber “qualquer criança”, da mesma forma que as crianças não precisam se adaptar a “qualquer escola”.

## b. 6) Caso Clínico: Ana

### b. 6. 1) Identificação:

Aos 7 anos e 8 meses de idade, Ana é trazida à clínica pela mãe. O motivo da consulta diz respeito à aprendizagem. Segundo a mãe, a queixa é a de que a menina não aprende, é preguiçosa com os estudos. A mãe demonstra dificuldade em aceitar a queixa, principalmente depois de ter consultado um neuropediatra que nada constatou.

Argumenta que os cadernos de Ana são impecáveis, caprichados, com todas as anotações dadas nas aulas e constantemente a menina é elogiada pela professora, que atribui parte da nota pela vistoria do caderno e, desse modo, ela atinge os valores necessários.



**Figura 6: Genetograma da Família de Ana**

**b. 6. 2) Queixa inicial e dados da entrevista:**

Os pais são separados desde que Ana tinha dois anos. Ela reside com a mãe e com o padrasto no mesmo apartamento. O casal afirma que a relação entre eles é muito positiva, que o padrasto dá muito liberdade à menina. Diz: “*não quero bancar o padrasto, quero ser amigo dela...*” (sic).

Quando visita o pai, cerca de uma vez por mês, não se sente tranqüila, pois compartilha o mesmo quarto com Victor, seu novo irmão de 3 anos, já que seu pai se casou novamente.

Ana demonstra, segundo informa o pai, boa aceitação da convivência com a separação, mas apresentou temores noturnos durante o primeiro ano depois da separação, embora atualmente já não ocorram mais.

**b. 6. 3) Hora de jogo diagnóstica:**

Ana apresenta um jogo permeado de perguntas, sobre quais seriam os nomes dos bonecos, onde poderia colocar os jogos. Ela nomeia, separa e ordena todo o material gráfico contido na sala. Durante a sessão, assume a posição de organizadora do espaço. Dirige-se à terapeuta e afirma que, do modo como esta arrumando, haverá mais espaço para brincar.

Em seguida, decide jogar Dominó e separa as peças, colocando-as em pé, protegidas por um anteparo improvisado com a tampa da caixa de um outro jogo, tornando impossível qualquer tentativa de alguém ver seu jogo.



**b. 6. 4) Visita familiar:**

Durante a observação do espaço familiar, Ana ocupou-se em mostrar seus cadernos, bem como seus desenhos. Recebendo incentivo de Fátima, a mãe da menina, elaborou um desenho livre (Anexo H), sentada na cama do casal e apoiando a folha de papel numa prancheta. Segundo a mãe, a prancheta foi adquirida para que Ana pudesse fazer as lições na cama.

Residem em um apartamento de dois quartos, sendo um deles destinado a Ana. Em função da amizade com a vizinha, as portas de entrada de ambas as casas permanecem destrancadas durante o dia. Justificam que, deste modo, podem se comunicar o tempo todo sem precisar ficar tocando a campainha.

No caso do quarto, verificamos que, além da cama do casal, conta com um sofá, para Ana dormir de vez em quando. A única televisão da casa também fica nesse mesmo quarto, o que faz com que todos assistam juntos.

O quarto de Ana é organizado, mas não se observa um lugar específico para o estudo. Há uma estante com brinquedos e material escolar, da qual retirou a folha e os lápis para produção do desenho, uma vez que a prancheta, já se encontrava sobre a cama do casal.

**b. 6. 5) Visita escolar:**

As condições ambientais da escola puderam ser notadas a partir da entrevista realizada com a vice-diretora e com a professora. São enfáticas as colocações

sobre as dificuldades de aprendizagem dos alunos em geral e, por conta dessa análise, adotam um sistema de avaliação da aprendizagem imputando parte da pontuação ao modo como as crianças cuidam do material escolar, especialmente dos registros nos cadernos de classe e das tarefas de casa.

Argumentam que tal posição se deve à falta de compromisso dos pais e dos alunos para com as exigências materiais da escola.

Especificamente sobre Ana, a professora elogia seu cuidado, mas reconhece suas dificuldades no processo de aprendizagem e, comparando-a com os demais alunos da classe diz que *“pelo menos Ana tem o caderno completo, quando quiser estudar encontrará o conteúdo”* (sic).

É interessante ressaltar que a vice-diretora da escola se surpreendeu ao ouvir da professora que Ana apresentava dificuldades de aprendizagem, pois diz ter informações de que a menina é uma ótima aluna.

#### **b. 6. 6) Análise contextualizada do material clínico:**

Entre as informações que nos foram trazidas sobre Ana, nos deparamos com os temores noturnos, aparentemente já superados, mas possivelmente associados a dormir com o quarto com Victor, o irmão por parte de pai. Esta situação colocava em evidência sua condição de intrusa, de terceira que se introduzia nas novas relações do pai com sua família atual. Entendemos os temores noturnos como um sintoma que, conforme sugere Arzeno (1995), naquele momento encobriam outros, mais angustiantes, no caso de Ana, a separação do casal e sua permanência no quarto do irmão.

Um outro aspecto que nos chama a atenção, foi a representação gráfica produzida pela cliente durante a visita familiar. O desenho nos indica a ausência de

limites nas relações, não estabelecendo parâmetros entre seu quarto (Ana) e o quarto do casal (mãe e padrasto), conforme pode ser observado no Anexo 9.

Outros elementos são indicadores da dinâmica desse grupo familiar, como a ausência de fronteiras no desenho associada à maneira como se articulam as relações na casa.

O modo como vivenciam essas relações reflete o funcionamento psicológico desse grupo. Identificamos transformação de espaços íntimos, como o quarto do casal, em espaços sociais, ou seja, a valorização de lugares partilhados por todos, conforme afirma Langer (1985). O que seria um território de domínio do casal se constitui num espaço de reciprocidade da família.

O acesso direto e imediato a vizinha, através das portas sempre abertas, nos informa sobre a necessidade de um outro tipo de intercâmbio, agora com o mundo externo. Não há delimitação para circulação da família, nem interna nem externamente. A autora sugere que certos espaços podem oferecer continência, mesmo funcionando com certas restrições.

Nesse contexto, Ana parece ressentir-se em não ter referências suficientes para prosseguir sadiamente seu desenvolvimento. Soifer (1989) define como função do pai o exercício do princípio da autoridade, servindo como um modelo masculino e viril para a filha, que futuramente encontrará essas mesmas características no companheiro. A permissividade oferecida pelo padrasto desconsidera a necessidade de regras e impede que a diferenciação entre os papéis familiares se estabeleça.

A hora de jogo diagnóstica traduz seu desejo de conhecer a si mesma e ao ambiente que a cerca. Manifesta o desejo de saber quem são os bonecos e onde colocar os brinquedos, ao mesmo tempo que procura a tampa da caixa de outro jogo para proteger e preservar suas peças, ou seja, seu espaço, garantindo a privacidade que lhe falta. É possível associarmos o comportamento de Ana na hora de jogo como a expressão lúdica de sua necessidade, ou seja, sua fantasia de enfermidade e de cura, como sugere Aberastury (1982) ao estabelecer a finalidade dessa estratégia.

No âmbito escolar, os cadernos mantidos com esmero exprimem aquilo que Ana acredita ser a finalidade de sua produção escolar.

Ao visitarmos a escola, confirmamos que essa postura não é exclusiva da professora, mas sustentada por parâmetros institucionais da própria escola, que atua de modo compensatório, atribuindo à vistoria dos cadernos um valor maior do que à aprendizagem em si.

Embora a organização do material possa significar a maneira como a criança esta adaptada ao contexto escolar, conforme afirma Pérez-Ramos (1966), há outros aspectos, além dos cuidados com o material, que devem ser enfatizados quando lidamos com a questão da aprendizagem, uma vez que neste caso, a aprendizagem não se está processando como esperado.

Ana se acomoda ao sistema escolar, ou melhor, às falhas do sistema escolar, e vence. Como argumenta Fernández (1990), imita, submete-se e não reflete sobre o aprender, mas triunfa por repetir o que os outros desejam. Dificilmente, segundo a autora, essas crianças são trazidas à clínica, pois a aprovação escolar encobre suas possíveis falhas na aprendizagem. Assim, podemos entender a resistência da mãe em aceitar a queixa relativa ao aprendizado da filha.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo nos permitiu responder à necessidade de se atingir um contexto mais amplo quando tratamos da avaliação psicológica de crianças com dificuldades escolares.

Inicialmente, partindo-se da comparação de como se processava o psicodiagnóstico em dois momentos históricos distintos (1983 e 2001), pudemos concluir que foram mínimas as mudanças identificadas, quanto à seqüência das etapas da avaliação psicológica, aos instrumentos técnicos usados e ao número de entrevistas realizadas. Em especial, quando estamos nos referindo a um intervalo de 18 anos.

Verificamos, a partir dos resultados obtidos na etapa documental, que a prática profissional, na clínica-escola investigada, vem basicamente fazendo uso dos mesmos instrumentos e procedimentos, embora, nesse período de tempo, a evolução das pesquisas sobre técnicas de exame psicológico tenha sido marcada pelo desenvolvimento e aprimoramento de sofisticado instrumental, já consolidado pela ciência psicológica e comprovadamente valioso para a confirmação de hipóteses diagnósticas.

Os aspectos que sofreram alterações, e mesmo que pouco representativos, dizem respeito às estratégias que envolvem a dinâmica familiar na queixa da criança. Desse modo, pudemos observar uma maior valorização da entrevista de anamnese e da devolutiva, pois, mais recentemente, ocupam mais espaço no processo diagnóstico.

Tais resultados nos possibilitaram concluir que, apesar da reconhecida necessidade de se integrar os mais diversos aspectos para a compreensão diagnóstica, nossa prática se cerca de procedimentos que respondem a dinâmica intrapsíquica. Mesmo sendo imprescindíveis diante da natureza específica do diagnóstico psicológico,

entendemos que este processo não pode eximir-se de informações advindos do contexto social da criança.

O presente estudo demonstrou a possibilidade de que na avaliação psicológica da queixa escolar se investigue, de modo mais sistemático, os espaços interacionais da criança, por intermédio da visita domiciliar e da visita escolar, sendo estas estratégias complementares à prática diagnóstica.

Diante da relevância do contexto relacional na estruturação do desenvolvimento psíquico infantil, entendemos que a apresentação dos casos clínicos ilustrou como o uso dos referidos procedimentos pode ser útil na compreensão das dificuldades escolares sob um prisma contextual, sem, contudo, deixar de lado os aspectos psicodinâmicos que caracterizam o modelo compreensivo.

Nos estudos de caso apresentados no decorrer deste trabalho, a realização das visitas domiciliar e escolar nos permitiu visualizar a dinâmica sócio-interacional sob um outro prisma. A observação direta dos espaços de significação social da criança ampliou a coleta de informações e abarcou um conjunto de elementos importantes para a análise diagnóstica.

Alguns desses elementos foram relevantes para complementar nossa leitura clínica. Entre eles, destacamos:

- a) no caso de Gabriel, o pai que nunca havia comparecido a nenhuma das entrevistas para as quais fora convidado pôde ser observado no âmbito de seu lar, mostrando as fotografias da família à psicóloga, assinalando a forma como se organizavam as alianças nesse grupo. Na escola, confirmamos a importância da merendeira e sua capacidade de conter as ansiedades, a partir da elaboração do desenho livre;
- b) as portas fechadas em todos os cômodos da casa de Fernando representando dificuldades no processo de comunicação e necessidade de proteção. A longa

permanência do menino no quarto, que assumiu a função de um cárcere cercado de alguns atrativos;

- c) a visita escolar no caso de Joana confirmou a oposição entre seu comportamento em sala de aula e nos intervalos, repercutindo o distanciamento entre a professora e os demais envolvidos no processo educativo. Na casa, constatamos o peso da presença dos avós mantendo sob controle tanto a menina, quanto sua família;
- d) as brincadeiras com o carrinho de bebê no quintal da casa de Pedro, corroboraram a posição que ocupa no grupo familiar. Na escola, a maneira como se comporta com relação à aprendizagem é o modo encontrado por ele para aliviar sua angústia.
- e) os espaços coletivos da casa de Maria, como a mesa da cozinha, valorizaram e estimulam suas capacidades, além de assegurarem a utilização dos recursos cognitivos de que dispõe. A análise do ambiente escolar apontou para uma dinâmica institucional conturbada que certamente a atinge.
- f) a ausência de limites entre a área íntima e a área social na casa de Ana retrata a mesma ausência de limites nas relações entre os membros de sua família. Sua acomodação a um sistema escolar falho que, ao valorizar a organização de seus cadernos, gratifica sua não aprendizagem.

As referidas observações por si só, não foram suficientes para a análise dos casos, no entanto entendemos como tendo sido necessárias, junto com os demais procedimentos, para melhor contextualização das hipóteses diagnósticas.

Reconhecemos que, muitas vezes, as entrevistas nos ofereceram elementos significativos para a leitura diagnóstica. Contudo, nas visitas familiar e escolar, outras variáveis advindas do social foram captadas por um raciocínio eminentemente clínico

que favoreceu o entendimento e a condução clínica do caso. Sendo assim, não deixamos de registrar os aspectos sócio-ambientais presentes na estruturação da criança, bem como na produção do sintoma.

Nossas conclusões indicaram que as referidas estratégias, como anteriormente abordado, não devem, de modo algum, prevalecer sobre os demais recursos, ou substituí-los, nem mesmo devem ser consideradas um procedimento padrão cabível em qualquer tipo de caso clínico. Mas, em conjunto com as demais técnicas de exame psicológico, possibilitaram a inclusão, de fato, da perspectiva do social à prática diagnóstica infantil em casos com queixa escolar. Desse modo, ao integrá-las, obtivemos dados provenientes de espaços pouco investigados na prática clínica, como foi verificado na primeira etapa deste estudo.

De modo global, este estudo nos permitiu observar que a aplicação de tais procedimentos atribuiu à atividade diagnóstica um caráter mais dinâmico e assegurou a investigação da trama social nos mais diferentes cenários. Foi possível identificar o conjunto de forças predominantes na família e na escola e que interferem na dinâmica intrapsíquica.

Considerando-se a proposição de encaminhamentos e ações como parte indissociável da avaliação, destacamos um outro ponto que resultou da utilização das visitas. Trata-se do embasamento para a elaboração da entrevista devolutiva. A integração dos aspectos intrapsíquicos, identificados a partir da análise das técnicas de exame usuais e os interpsíquicos, decorrentes das vivências do dia-a-dia da criança na família e na escola, favoreceu os encaminhamentos sugeridos. A devolutiva pôde ser norteadada por indicadores mais seguros e pertinentes a realidade da criança.

Embora não tenha sido nosso objetivo, este trabalho ofereceu ao psicólogo, principalmente para aquele que se dedica à avaliação psicológica, a oportunidade de instrumentalizar e dinamizar sua prática clínica valendo-se dessas estratégias.



Ao psicólogo caberia não apenas ouvir relatos sobre o contexto sócio-cultural da criança, mas ver e estar nesse contexto, tendo assim a possibilidade de apreender uma realidade para a qual, de certa forma, dificilmente teria acesso através das entrevistas convencionais no consultório, como mostraram os estudos de caso incluídos nesta tese.

Além desses aspectos, entendemos também que os procedimentos sugeridos tornam mais abrangente o conhecimento dos casos investigados, contribuiu para ampliar o foco da observação do psicólogo, evitando assim, que, mantenha-se concentrado exclusivamente na criança levada ao consultório por seus familiares ou responsáveis.

Estamos cientes de que nunca conseguiremos esgotar todo conhecimento sobre a criança, por mais especialistas e capacitados que sejamos enquanto psicólogos. Entretanto, devemos nos comprometer com a busca do maior esclarecimento possível da rede vincular que a abarca.

Por tratar-se de uma interface entre a criança e seu contexto, as visitas domiciliar e escolar não são exclusivamente técnicas psicológicas, como já se argumentou, mas, passíveis de serem estudadas e aplicadas por outros profissionais da área da saúde, que poderão beneficiar-se de seus resultados. Inclusive pelos psicólogos, não apenas na atividade diagnóstica, mas também na identificação tanto das potencialidades da própria criança, quanto dos recursos sócio-ambientais pré-disponíveis, capazes de promover seu desenvolvimento integral, por meio da implantação de ações preventivas na área da saúde mental.

A avaliação psicológica não se constitui num fim em si mesma, mas em um meio através do qual seja possível ao psicólogo ampliar sua compreensão clínica e formular proposições que permitam valorizar os tratamentos psicoterapêuticos, assim como comprometer os diversos setores na construção de uma sociedade mais sadia. A partir desse prisma, concluímos que, os resultados, no geral, trouxeram uma contribuição enriquecedora à área de Avaliação Psicológica muito discutida nos fóruns de competência profissional.

A articulação entre as considerações de como a criança atua na realidade social e de como a realidade social atua sobre ela, bem como a complexidade dos mecanismos entre a realidade interna e externa, parece uma exigência da avaliação psicológica pautada em uma perspectiva contextualizada. Perspectiva essa que, de maneira cautelosa, procura aceitar o desafio de não confinar a compreensão da condição humana em uma única dimensão, seja exclusivamente social ou exclusivamente singular.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança: teoria e técnica**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1982.

ABERASTURY, A.; SALAS, E. **A paternidade: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1985. (original de 1978).

ADRADOS, I. **Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial**. 2<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1982.

AIELLO-VAISBERG, T. M.J.; MACHADO, M.C.L. Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia. São Paulo, **Psicologia USP**. v. 11, n. 1, jan-mar, p. 29 - 48, 2000.

ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M. **Avaliação psicológica: conceitos, métodos e instrumentos**. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2004.

ALESSANDRINI, C. D.; DUARTE, J. L. M.; DUPAS, M.A.; BIANCO, M. P.F. **Teste do Desenho de Silver (SDT)**. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1996. (original de 1983).

ALMEIDA, L.; FONTES, P. As dificuldades cognitivas dos alunos: em defesa de uma prática educativa dirigida para ensinar a pensar. In: A Componente de Psicologia na Formação de Professores e outros Agentes Educativos, 3<sup>o</sup>. e 4<sup>o</sup>. 1993, Évora. **Actas do 3<sup>o</sup>. e 4<sup>o</sup>. Seminários: A componente de psicologia na formação de professores e outros agentes educativos**. Évora, Portugal, Universidade de Évora, 1993. p. 149-164.

ALVES, I. C. B. As técnicas projetivas no psicodiagnóstico e sua função na psicoterapia. In: I Encontro sobre Psicologia Clínica. 1, 1997, São Paulo. **Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 1997. p. 9 - 14

ALVES, I. C. B. Variáveis significativas na avaliação da inteligência. In: VII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico, 1998, Gramado. **Anais do VII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico**. Gramado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998. p. 44.

AMARO, S. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: Editora Age, 2003.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. 7<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

ANCONA-LOPEZ, M. Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. *et al.* **Diagnóstico Psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984. p.1-13.

ANCONA-LOPEZ, M. Atendimento psicológico em clínicas-escola. In MACEDO, R. (Org.). **Psicologia e Instituição: novas formas de atendimento**. São Paulo: Editora Cortez, 1984. p. 47 - 59.

ANDOLFI, M. *et al.* **Por trás da máscara familiar**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1984.

ANTONY, E. J. Distúrbios de comportamento na infância. In: MUSSEN, P. H. **Psicologia da Criança**. São Paulo: EPU; São Paulo: EDUSP, 1975.

ARRUDA, S. L. S. **Vivências clínicas do funcionamento de um ambulatório de saúde mental infantil**. 1989. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1995.

AUGRAS, M. **Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. 2ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1981.

AVOGLIA, H. R. C. Avaliação psicológica e análise sócio-institucional: a interdisciplinaridade necessária. In: VI Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica, 2002. **Anais do VI Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. p. 44.

AVOGLIA, H. R. C. *et al.* Perfil da população infantil que busca atendimento na clínica-escola de psicologia da UMESP. In: Congresso de Produção Científica, 6. , 2002. **Anais eletrônicos...** São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2002. 1 CD-ROM.

AVOGLIA, H. R. C.; CASTRO, D. S. P de; e CUSTÓDIO, E. M. Avaliação psicológica e psicologia social: relato de uma experiência de ensino interdisciplinar. In: Encontro sobre Psicologia Clínica, 2., 1999, São Paulo. **Anais do II Encontro sobre Psicologia Clínica**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 1999. p. 158-162.

BANDEIRA, D. R. Avaliação de programas sociais: uma abordagem ecológica. In: Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico, 7. , 1998, Gramado. **Anais do VII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico**. Gramado: Universidade Federal do Rio Grande do Sul: ANPEPP, 1998. p. 45.

- BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Editora Escuta, 1988.
- BEUTLER, L.E. e BERREN, M. R. **Integrative assessment of adult personality**. New York: Guilford Press, 1995.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.
- BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1984.
- BOWLBY, J.; AINSWORTH, M. D. S. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **O desenvolvimento do Sistema único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Seminário Aprender SUS. Textos Básicos de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde: Brasília, 2004.
- BRAUER, J. F. Editorial. **Psicologia USP.**, v. 11, n.1, p. 10, 2000.
- BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1999. p. 115 - 129.
- BUCK, J. H . T. P. : **casa, árvore e pessoa - técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação**. São Paulo: Editora Vetor, 2003.
- CAMERINI, M. F. A . A criança e o sintoma: o contexto social e sua importância na condução clínica. **Revista Psicologia Clínica**. v. 9. p. 69 – 82, 1997.
- CASULLO, M. M. Perspectivas actuales en la evaluacion psicológica. In: Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica e Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos, I e VII., 1997, Porto Alegre. **Anais do I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica e VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos**. Porto Alegre, 1997.
- CASULLO, M. M. **Evaluación psicológica e psicodiagnóstico**. Buenos Aires: Editora Catálogos, 1996.
- CAVALINI, S. F. S. A relação pais-filhos e a inibição intelectual. **Psikhê**. v. 1, n. 7, jan-jun. p. 41 - 46, 2002.
- CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFOMRAÇõES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Terminologia em avaliação psicológica**. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/>. Acesso em: 29 de jul. 2003.

CERVENY, C. M. de O. e BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. **Suplemento Especial sobre Testes Psicológico**. Brasília, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA . **Artigo 16 da Resolução no. 002/2003**. Disponível em: [www.pol.org.br](http://www.pol.org.br). Acesso em: 24 de Jul. 2003.

CRONBACH, L. J. **Fundamentos da testagem psicológica**. 5<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

CUNHA, J. A. *et al.* **Psicodiagnóstico – V**. 5<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

CUNHA, J. A. Questões críticas na avaliação psicológica com enfoque clínico. In: VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica, 1999. **Anais do VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica**. Porto Alegre: PUC-RS, 1999. p.190 – 196.

CUNHA, J. A. *et. al.* **Psicodiagnóstico – R**. Porto Alegre: Editora Artmed, 1995.

CUPERTINO, C. M. B. **Psicodiagnóstico fenomenológico e os desencontros possíveis**. In: ANCONA-LOPEZ, M. *et al.* **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. São Paulo: Editora Cortez, 1995. p?????

CUSTÓDIO, E. M. Avaliação das dificuldades de aprendizagem: novas perspectivas para avaliação psicoeducacional. In: Wechsler, S. M.(Org.) **Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática**. Campinas: Editora Alínea, 1996. p. 157-176.

DE PALMA, M. ; BARROS, J. de F. V.; MACIEIRA, M. S. Visita domiciliar: um instrumento na assistência de enfermagem ao paciente alcoolista. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 49, n. 8, p. 287 – 292, 2000.

DOLTO, F. **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999. (original de 1994).

DOLTO, F. Prefácio. In MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise**. 7<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus. 1981. p. 9 - 30. (original de 1965).

DOLTO, F. **O caso dominique**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. 1972.

DUARTE, W. F. **As crianças desenham a escola: um estudo do desenho cinético da escola (KSD) em crianças paulistanas de 1<sup>a</sup>. á 4<sup>a</sup>. série**. 1992.188 f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1992.

DUARTE, J. L. M.; ANGELINI, A.; ALVES, I. C. B. ; CUSTÓDIO, E. M.; DUARTE, W.F. **Matrizes progressivas coloridas**. São Paulo: CETEPP, 1999.

DUARTE, I; BORNHOLDT, I.; CASTRO, M. G. K. **A Prática da psicoterapia infantil**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.

DUMONT, A.M. e AUBRET, J. L'Évaluation psychologique par les tests, en France: raisons d'une derive. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée**. v. 42, 4. p. 331-334, 1992.

FERNÁNDEZ, A. **A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família**. 2<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas. 1990.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1995.

FLORES-MENDOZA, C. E.; NASCIMENTO, E. do; CASTILHO, A. V. A crítica desinformada aos testes de inteligência. **Estudos de Psicologia**. v. 19, no. 2, p. 17 – 36, 2002.

FREUD, S. **Três ensaios para uma teoria sexual**. In: FREUD, S. Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Editora Imago,v.7, 1980. p. 123 – 250. (original de 1905).

GOUVEIA, V.V.; SILVA, D. V. da; SILVA, M. de P. V. da; ANDRADE, M. W. C. L. de; SILVA FILHO, S. B da; COSTA, D. M. F. Atitudes frente à avaliação psicológica para condutores: perspectivas de técnicos, estudantes de Psicologia e usuários / **Psicologia: ciência e profissão**. Conselho Federal de Psicologia. v. 22, n. 2, p. 50 – 59, 2002.

GOUVEIA, V.V.; Di LORENZO, W.C.G.; ESTEVAM, I.D. e OLIVEIRA, M. G. B. de. **A diversidade da avaliação psicológica: considerações teóricas e práticas**. João Pessoa: Editora Idéia e Conselho Regional de Psicologia – 13<sup>a</sup>. região, 2001. p. 11 – 13.

GRASSANO, E. **Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1996.

GÜNTERT, A. E. de V. A. Técnicas projetivas: o geral e o singular em avaliação psicológica. In: SISTO, F.F. ; SBARDELINI, E. T. B.; PRIMI, R. **Contextos e questões da avaliação psicológica**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2000. p.77 – 84.

GUZZO, R. S. L. e PASQUALI, L. Laudo psicológico: a expressão da competência profissional. In PASQUALI, L. (Org.). **Técnicas de exame psicológico – TEP – Manual**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; Brasília: LabPam; Conselho Federal de Psicologia, 2001. p. 155 – 170.

- HAMMER, E. **Aplicações Clínicas dos desenhos projetivos**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1991. (original de 1926).
- HEIMANN, P. Certas funções da introjeção e da projeção no Início da Infância. In KLEIN, M. *et al.* **Os progressos da psicanálise**. 3<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1982. (original de 1952).
- JAITIN, R. **Apoyos grupales em la crianza infantil**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1987.
- KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Editora Mestre Jou. 1975. (original de 1932).
- KLEIN, M. **Contribuições à psicanálise**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1970. (original de 1948).
- KNOBEL, M. O vínculo entre os pais e estruturação edípica na configuração dos distúrbios psicossomáticos. **Estudos de Psicologia**. v. 4, n.1, p. 9 – 16, 1987.
- KOPPITZ, E. **O teste gestáltico Bender para crianças**. 2<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.
- LANGER, R. J. **Aprendizaje, juego y placer: sobre el diagnostico del problema de aprendizaje**. Buenos Aires: Ediciones Busqueda, 1985.
- LEBOVICI, S. *et al.* **O conhecimento da criança pela psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1980.
- LIMA, C. B. de. Procedimento de desenhos de família com estórias: desenvolvimento e atualização. In: TRINCA, W. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Editora Vozes, 1997. p. 217 - 251.
- LINHARES, M. B. M. *et al.* Crianças com queixa de dificuldade escolar que procuram ajuda psicológica: avaliação intelectual através do WISC. **Estudos de Psicologia**. v. 13, n. 1, p. 27 – 39, 1996.
- MACHADO, A. M.; SAYÃO, Y. ; SOUZA, M. P. R. de. As classes especiais e uma proposta de avaliação psicológica. In: MACHADO, A. M.; SAYÃO, Y. ; SOUZA, M. P. R. de **Educação especial em debate**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo / CRP 06. 1997. p. 69 – 116.
- MACHADO, A. M. **Reinventando a avaliação psicológica**. 1996. 232 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise**. 7<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.



- MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação**. 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- MARTURANO, E. M.; MAGNA, J. M.; MURTHA, P. C. Procura de atendimento psicológico para crianças com dificuldades escolares: um perfil da clientela. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 9, n. 1, p. 207-226, 1993.
- NORONHA, A P. P. e VENDRAMINI, C. M. M. Parâmetros psicométricos: estudo comparativo entre testes de inteligência e de personalidade. **Psicologia Reflexão Crítica**. v. 16, n.1, p. 177-182, 2003.
- NORONHA, A. P. P. Qualidades psicométricas de instrumentos de avaliação utilizados no contexto educacional. **Boletim de Psicologia**. v. 52, n. 117, p. 129 - 140, 2002.
- NORONHA, A. P. P., ALCHIERI, J. C.; PRIMI, R. **Elaboração de um sistema de referência nacional sobre instrumentos de avaliação psicológica: implantação de uma base de dados relacional sobre testes psicológicos comercializados no Brasil**. Projeto de Pesquisa financiado pela FAPESP. Processo 2001/13.736-8, 2001.
- OCAMPO, M. L. S. de; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G.. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 4ª. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1985.(original de 1979).
- OLIVEIRA, R. de; ROSA, H. R.; ALVES, I. C.B. **R2 Teste não verbal de inteligência para crianças – Manual**. São Paulo: Editora Vetor, 2000.
- OUTERIAL, J. O. O trabalho com grupos na escola. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. *et al.* **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas Editora, 1997. p. 359 - 372.
- PAIN, S. **Psicometria genética**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1992. (original de 1985).
- PAIN, S. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. 2ª. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1986. (original de 1981).
- PASQUALI, L. Testes psicológicos: conceitos, história, tipos e usos. In: PASQUALI, L. (Org.). **Técnicas de exame psicológico – TEP – manual**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo e Conselho Federal de Psicologia, 2001. p. 13 – 56.
- PASQUALI, L.; ALCHIERI, J. C. Testes psicológicos no Brasil. In: PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico – TEP - manual**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia. 2001. p.195-221.
- PASSOS, A. P. C. P. **A demanda do atendimento psicodiagnóstico: uma visão normatizadora e criadora**. 2001.99 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: Editora T.A. Queiroz, 1990.

PAÚL, C. Cuidados formais e informais a idosos dependentes. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 6. , 2006, Faro. **Anais do 6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Faro, Portugal: Universidade do Algarve, 2006. p.140.

PEIXOTO, M. J.; SOUSA, P.; MARTINS, T. Resultados de um estudo de intervenção a cuidadores informais em contexto domiciliário. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 6., 2006, Faro. **Anais do 6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Faro: Portugal: Universidade do Algarve, 2006. p.237.

PÉREZ – RAMOS, A. M. de Q. **Psicologia clínica: técnica de diagnósticos**. Madrid: Editorial Mediterráneo. 1966.

PERVIN, L. A. **Personalidade: teoria, avaliação e pesquisa**. São Paulo: EPU, 1978

PIERCE, G.R.; *et al.* Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In: PIERCE, G. R.; SARASON, B.R. e SARASON, I. J. (Orgs.). **Handbook of social support and the family**. New York: Plenum Press, 1996.

PRISZKULNIK, L. Clínica(s) diagnóstico e tratamento. **Psicologia USP**. v. 11, n. 1, p. 11- 28, 2000.

ROVINSKI, S. L. R. O Papel do psicodiagnóstico na Justiça. In: Congresso Nacional de Avaliação Psicológica, 8., 1999. Porto Alegre. **Anais do VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica**. Porto Alegre: PUC-RS, 1999. p. 122- 128.

SAFRA, G. Uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. (Org.) **Investigação e psicanálise**. Campinas: Editora Papirus, 1993. p. 119 - 132.

SANTIAGO, M.D.E. Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise. In: ANCONA-LOPEZ, M. *et al.* **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

SANTOS, M.A. *et al.* Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 42, n.1, p. 99 – 103, 1993.

SANTOS, P. A. O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social. In: Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 6., 2006, Faro. **Anais do 6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Faro, Portugal: Universidade do Algarve, 2006. p.286.

SILLAMY, N. **Dicionário de psicologia**. Larousse. Porto Alegre: Editora Artmed, 1998.

SILVARES, E. F. M. O papel preventivo das clínicas-escola de psicologia em seu atendimento a crianças. **Temas de Psicologia**. v. 2, dez, p. 87 - 97, 1993.

SIMIC, S. e SORIC, I. Personality factors and teacher attitude in relation to their evaluation methods. **Suvremena Psihologija**. v. 7, n. 1, p.109-128, 2004.

SISTO, F.F.; SBARDELINI, E.T.B. e PRIMI, R. **Contextos e questões da avaliação psicológica**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2000.

SOIFER, R. **Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com a técnica de jogo**. 2<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.

SOUZA, A. S. L. de. **Pensando a inibição intelectual: perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo. 1995.

SOUZA, M. P. R. de. **A queixa escolar e a formação do psicólogo**. 1996. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1996.

SOUZA, M. P. R. de. *et al.* Psicólogos na saúde e na educação: a busca de novos caminhos na compreensão da queixa escolar. In: CONCEIÇÃO, J. A. N. **Saúde escolar: a criança, a vida e a escola**. São Paulo: Editora Savier, 1994.

STEIN, L. M. **TDE: Teste do Desempenho Escolar**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1994.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática**. São Paulo: EPU, 1976.

TRINCA, W. **O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1983.

TRINCA, W. O processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: \_\_\_\_\_ *et al.* **Diagnóstico psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984. p. 14 – 24.

TRINCA, W. (Org.). **Diagnóstico psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984.

TSU, T. M. J. A. A relação psicólogo-paciente no diagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. **Diagnóstico psicológico: a prática clínica**. São Paulo: Editora Vetor, 1984. p. 56 - 78.

VAN KOLCK, O. L. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. 8<sup>a</sup> ed. São Paulo: EPU, 2001. (original de 1984).

VICKERS, H.S. Young children at risk: differences in family functioning. **Journal of Educational Research**. V. 87, n. 5, may-jun, p. 262 – 270, 1994.

VIZZOTTO, M. M. O método clínico e as intervenções na saúde psicológica da Comunidade. In OLIVEIRA, V. M. B. e YAMAMOTO, K. **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2003. p. 137 – 152.

WECHSLER, S. M. Avaliação psicológica no Brasil: tendências e perspectivas para o novo milênio. In: GOUVEIA, V.V. *et al.* **A diversidade da avaliação psicológica: considerações teóricas e práticas**. João Pessoa: Editora Idéia e Conselho Regional de Psicologia – 13<sup>a</sup>. região, 2001. p.16-23.

WECHSLER, S. M. Psychological Assessment in Brasil. In: **Annual convention of the american psychological association (APA)**. Washington, 2000.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1975. (original de 1971).

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinqüência**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1984.

WINNICOTT, D. W. **A Criança e o seu mundo**. 6<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1985. (original de 1965).

WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1989. (original de 1970).

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1990.(original de 1988).

YAMAMOTO, K. **Estudo do método e resultados da psicoterapia preventiva da família**. 1990. 481f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

YEHIA, G. Y. A interlocução entre o plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo. **Revista Estudos de Psicologia**. v. 21, n. 1, jan-abr, p. 65 - 72, 2004.

YEHIA, G. Y. A natureza e o conceito de inteligência. In: ANCONA-LOPEZ, M. **Avaliação da inteligência**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1987. v. 1. p.1-23.

ZAZZO, R; GALIFRET-GRANJON, N. MATHON, T. **Manual para o exame psicológico da criança**. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981.

## **VIII. ANEXOS**

**ANEXO A**

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

## **ANEXO B**

### **Roteiro da Entrevista de Triagem**

## **ANEXO C**

**Desenho Produzido por Gabriel**



## **ANEXO D**

### **Representação do Plano Gráfico da Casa de Gabriel**

**ANEXO E**

**Desenho Produzido por Joana**

## **ANEXO F**

### **Representação do Plano Gráfico da Casa de Joana**

## **ANEXO G**

**Desenho Produzido por Maria**

## **ANEXO H**

**Desenho Produzido por Ana**

## **ANEXO I**

### **Representação do Plano Gráfico da Casa de Ana**