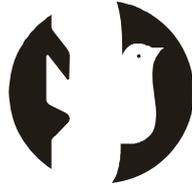


LUCILA MORAES CARDOSO



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

TESTE DE PFISTER E DESENHO DA FIGURA HUMANA EM
SURDOS: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

ITATIBA

2006

LUCILA MORAES CARDOSO

TESTE DE PFISTER E DESENHO DA FIGURA HUMANA EM
SURDOS: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

Dissertação apresentada no Programa de Pós-
Graduação Stricto Sensu em Psicologia da
Universidade São Francisco.

ORIENTADOR(A): CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO

FINANCIAMENTO: CAPES

ITATIBA

2006

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU *EM PSICOLOGIA*
MESTRADO

TESTE DE PFISTER E DESENHO DA FIGURA HUMANA EM
SURDOS: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

Autor(a): LUCILA MORAES CARDOSO

Orientador(a): CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO

Dissertação de mestrado apresentada por Lucila Moraes Cardoso e
aprovada pela comissão examinadora.

Data: ____ / ____ / ____

COMISSÃO EXAMINADORA

Cláudio Garcia Capitão - orientador

Anna Elisa Villemor Amaral – examinadora

Sonia Regina Loureiro - examinadora

Ricardo Primi - suplente

Sonia Regina Pasian - suplente

Itatiba

2006

O aprendizado está em reconhecer a arte de ser cientista, criando um mosaico ao unir a fragmentação das questões sobre a surdez com o rejunte da avaliação psicológica.

Dedico à minha mãe,

que executou o papel de mãe com excelência, facilitando o desenvolvimento da minha autonomia e independência, qualidades essenciais na realização deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, que me orientou com paciência e compreensão. Ensinou-me, também, sobre a convivência harmoniosa e a multiplicidade dos saberes.

À Prof. Dra. Anna Elisa de Villemor Amaral, além de contribuir nas bancas de qualificação e defesa esteve presente desde o início de minha vida acadêmica. Orientou-me em iniciação científica e me fez adquirir o gosto pela pesquisa. Para mim é um exemplo de pessoa e profissional ética.

Ao Prof. Dr. Ricardo Primi, contribuiu durante a banca de minha qualificação e abriu meus olhos para importância da psicometria. Sempre colocou a estatística como um desafio passível de ser superado e, acima de tudo, acreditando no meu potencial.

Às Profas. Dras. Sonia Regina Loureiro e Sonia Regina Pasian, que disponibilizaram tempo e conhecimento para contribuir com minha formação.

Aos funcionários do programa de pós-graduação da Universidade São Francisco, com destaque à Roseli Polecci que em muitas vezes ajudou-me de modo incondicional.

Aos responsáveis pelas instituições que visitei e coletei dados, pela paciência, apoio e incentivo, especialmente à amiga Priscila Helena Rubin Ferreira. Sem dúvidas esses profissionais tiveram um papel peculiar na construção deste trabalho.

Aos familiares das crianças surdas pelo reconhecimento da relevância desta obra, respondendo aos questionários e divulgando a proposta para outros familiares de surdos.

Às crianças, sem elas este trabalho não teria sido possível, mas principalmente por terem se disposto a colaborar com a atividade com um entusiasmo e um olhar típico da infância.

Aos meus amigos que estiveram do meu lado, ouvindo minhas dúvidas e angústia, especialmente ao Rodrigo Martins Porto, que compartilhou das minhas conquistas me incentivando e apoiando, ao grupo NAPRA, que me ajuda a acreditar na causa acadêmica e a vincular a teoria com a prática profissional e a equipe do LAPSaM, por estarem ao meu lado, em especial à Renata da Rocha Campos Franco que me acompanha desde a graduação.

À CAPES pelo financiamento em forma de bolsa de pesquisa.

Finalmente, à minha família, por acreditarem em mim.

Meus sinceros agradecimentos!

Resumo

Cardoso, Lucila Moraes (2006). *Teste de Pfister e Desenho da Figura Humana em Surdos: Evidências de Validade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

O Desenho da Figura Humana (DFH) e o Teste de Pfister são duas técnicas projetivas não-verbais, com características lúdicas e de rápida aplicação. Esses instrumentos permitem conhecer peculiaridades do examinando em relação a sua dinâmica afetiva e aspectos cognitivos. Essas técnicas podem auxiliar na avaliação de crianças surdas. Os profissionais que trabalham com crianças surdas relatam muitas dificuldades para compreender como elas se sentem e organizam seus pensamentos. Neste estudo buscam-se evidências de validade das técnicas de Pfister e do DFH para crianças surdas. Participaram 37 crianças ouvintes e 81 crianças surdas, de ambos os sexos, com idade entre 6 e 12 anos, de pré a sexta-série. As crianças surdas foram divididas em três grupos de acordo com o modelo educacional a que foram expostas. Após os procedimentos éticos, os pais das crianças responderam um questionário fechado com informações sobre as crianças e suas famílias e depois as crianças executaram os testes de Pfister e DFH. Para codificação do Pfister foram considerados os indicadores frequência de cores, síndromes cromáticas e aspecto formal e no DFH foram verificados os indicadores emocionais e cognitivos. Como resultados, no Pfister os surdos apresentaram aumento na frequência da cor violeta do aspecto formal tapete e rebaixamento de pirâmides estrutura em relação aos ouvintes, indicando organização cognitiva menos sofisticada que os ouvintes. Quanto à comparação entre os grupos de surdos no Pfister, as diferenças estatisticamente significativas foram no aspecto formal. Na comparação dos indicadores de DFH-Koppitz e do nível de maturidade mental da escala DFH-Sisto entre surdos e ouvintes não apresentou diferenças significativas. No que se refere à comparação entre os grupos de surdos, houve diferença somente nos indicadores emocionais de Koppitz. O indicador braços colados ao corpo, transparência, três ou mais figuras espontaneamente desenhadas e nuvens ajudaram a diferenciar os grupos. Esses achados corroboram com a literatura sobre surdez. Ademais vários indicadores do teste de Pfister e do DFH apresentaram correlação entre si.

Palavras-chave: surdez; avaliação psicológica; técnicas não verbais, Teste de Pfister, Desenho da Figura Humana

Abstract

Cardoso, Lucila Moraes (2006). Pfister Test and Human Figure Drawing in Deaf Children: Evidences of Validity. Dissertation for Master's Degree, Stricto Sensu Graduation Program in Psychology, São Francisco University, Itatiba.

The Human Figure Drawing (HFD) and the Test of Pfister (PT) are two non-verbal projective techniques with playful characteristics as well as of rapid application. These instruments permit to know peculiarities of the examinee related to his/her affective dynamics and cognitive aspects. Both instruments can help the evaluation of deaf children. Professionals who work with deaf children relate many difficulties to comprehend how they feel and organize their thoughts. In the present study, the aim has been the search of evidences of validity for PT and HDF tests in deaf children. Participation comprised 37 hearing and 81 non-hearing children of both sexes, aged between 6 and 12, students from elementary to sixth-grade classes. Deaf children were separated in three groups according to the educational philosophy to which they were exposed. After ethical procedures, their parents filled a closed questionnaire with information about their children and their families. Children afterwards executed PT and HFD tests. In order to codify the Pfister Test, indicators taken in consideration were frequency of colors, chromatic syndromes and formal aspects, while at HFD emotional and cognitive indicators were checked. As result, on the PT the deaf children depicted increase in frequency of violet color of the rug formal aspect and lowering of pyramids structure in comparison with hearing children, indicating, for the former, less sophisticated cognitive organization than for the latter. As for comparison among the groups of deaf in the PT, the statistically-significant differences took place in the formal aspect. Comparison of HFD-Koppitz indicators and HFD-Sisto scale of mental maturity level between non-hearing and hearing presented no significant differences. As for the comparison among groups of non-hearing, there were differences only in the emotional indicators of Koppitz. The stuck-to-the-body arms indicator, transparency, three or more figures spontaneously drawn and clouds helped to differentiate the groups. These findings corroborate with literature about deafness. In addition, several indicators of PT and HDF presented correlation among them.

Keywords: Deafness, psychological evaluation, non-verbal techniques, Test of Pfister, Human Figure Drawing (HFD).

SUMÁRIO

Lista de figuras	ix
Lista de tabelas	ix
Lista de anexos	X
Apresentação	1
Capítulo 1 – Avaliação Psicológica	3
Capítulo 2 – Desenvolvimento infantil e a constituição da personalidade	9
2.1 A deficiência auditiva	17
2.2 Aspectos psicológicos da criança surda	33
Capítulo 3 – Testes psicológicos como alternativa para se conhecer aspectos emocionais e	39
3.1 Desenho da Figura Humana (DFH)	39
3.2 Teste das pirâmides Coloridas de Pfister (TPC)	50
Objetivos	59
Método	60
Participantes	60
Instituições	60
Instrumentos	62
Procedimentos	66
Resultados e discussão	71
Ficha de identificação	72
Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister	80
Desenho da Figura Humana, segundo Koppitz (1976)	87
Desenho da Figura Humana – escala Sisto (2005)	96
Relação entre os testes	98
Considerações finais	109
Referências bibliográficas	114
Anexos	123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aparelho auditivo	20
Figura 2 – Os decibéis no dia-a-dia	21
Figura 3 – relação entre perda, período de intervenção e consequência aos surdos	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diferença de média na comparação entre surdos e ouvintes	73
Tabela 2 – Diferenças entre os grupos de surdos	75
Tabela 3 – Frequência do tipo de comunicação dos surdos em relação à escolaridade	76
Tabela 4 – Frequência do tipo de comunicação dos surdos em relação à perda auditiva	77
Tabela 5 - Frequência do tipo de comunicação dos surdos em relação à aceitação do aparelho	78
Tabela 6 – Diferença de média da % de cor e síndromes cromáticas entre surdos e ouvintes	80
Tabela 7 - Diferença de média da % de cor e síndromes cromáticas entre os grupos de surdos	81
Tabela 8 – Frequência dos indicadores significativos entre surdos e ouvintes	82
Tabela 9 - Distribuição da frequência dos aspectos formais entre os grupos de surdos	83
Tabela 10 – Comparação dos IE do DFH-Koppitz entre surdos e ouvintes	87
Tabela 11 – Comparação dos IE do DFH-Koppitz entre os grupos de surdos	89
Tabela 12 – Número de surdos dos grupos por soma dos indicadores emocionais	93
Tabela 13 – Comparação do nível de maturidade mental entre surdos e ouvintes	94
Tabela 14 – Comparação do nível de maturidade mental entre os grupos de surdos	94
Tabela 15 - Comparação DFH-Sisto entre surdos e ouvintes de acordo com o sexo	96
Tabela 16 - Comparação DFH-Sisto entre os surdos	97
Tabela 17 – Diferença de média nos indicadores emocionais do DFH e do Pfister	98
Tabela 18 - Diferença de média dos IE esperados no DFH em relação ao Pfister.	104
Tabela 19 – Correlação dos indicadores cognitivos dos testes de Pfister e DFH	107

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Ficha de identificação

Anexo II - Inquérito para uso com crianças sugerido por Campos (1973).

Anexo III – Tabelas para codificação do DFH-Koppitz (1976)

Anexo IV - Itens Evolutivos Esperados e Excepcionais no DFH de meninos e meninas de 6 a 12

Anexo V - Manual de Tabulação para os 30 Indicadores Emocionais do Desenho da Figura

Anexo VI - Itens Evolutivos Maturacionais no DFH (Koppitz, 1976).

Anexo VII - Avaliação do Nível de Maturidade Mental nos DFH segundo classificação de

Anexo VIII – Tabelas para codificação do DFH-Escala Sisto (2005)

Anexo IX - Termo de consentimento livre e esclarecido – responsáveis na instituição

Anexo X- Termo de consentimento livre e esclarecido – responsáveis pela criança

Anexo XI - Dados da criança em porcentagem

Anexo XII- Dados da família em porcentagem

APRESENTAÇÃO

A introdução deste trabalho foi estruturada em capítulos, buscando facilitar a compreensão dos diversos temas que são abordados nas próximas páginas. No capítulo 1, início este trabalho com uma visão histórica da avaliação psicológica. Diversos profissionais há anos se dedicam para construção de uma ciência capaz de objetivar a dinâmica da mente humana.

No capítulo 2, exponho alguns conceitos da psicanálise, para justificar a relevância da pesquisa, percorrendo as concepções do desenvolvimento infantil e da constituição da personalidade. Este capítulo foi dividido em duas partes. Na primeira, apresento as diversas classificações da surdez e os principais dilemas políticos educacionais, por meio de um histórico da concepção do surdo no mundo e no Brasil e na segunda parte, explico alguns traços atribuídos aos surdos e cito estudos realizados com os mesmos.

No capítulo 3, os testes psicológicos são abordados como alternativas para conhecer aspectos internos do surdo, destacando a importância das técnicas projetivas e, principalmente, do Desenho da Figura Humana e da Técnica das Pirâmides Coloridas de Pfister, os quais serão utilizados neste estudo. Aproveito também para descrever as pesquisas com essas técnicas que se dedicam à questão da surdez.

Desde já informo ao leitor que usei diversas fontes de pesquisa referente aos aspectos psicológicos do surdo sem pormenorizar os estudos. Primeiro por se tratar de estudos históricos e segundo porque tornaria o texto demasiado longo e cansativo. Indico essas leituras àqueles leitores que querem se aprofundar na literatura sobre a surdez. Já nos itens em que discuto sobre as técnicas de Pfister e do Desenho da figura Humana, tive o

cuidado de descrever as pesquisas que usavam essas técnicas na avaliação dos surdos, pois estas são relevantes para entender a necessidade de buscar-se evidências de validade desses instrumentos para avaliação de surdos. No método, realizei uma descrição das instituições de surdos, na tentativa de exemplificar algumas diferenças entre elas em função do modelo educacional presente. Ademais, seguiram-se os resultados e discussões.

Durante o processo de construção deste projeto, diversos profissionais de diferentes áreas indagaram-me como seria possível unir temas aparentemente tão distintos. Alguns conseguiram compreender a importância de correlacionar as técnicas sugeridas sem as integrar às questões da surdez, outros compreendiam a importância de conhecer mais sobre a personalidade dos surdos, mas não sabiam (ou desacreditavam) que as técnicas psicológicas poderiam colaborar sem estigmatizar. Contudo, o trabalho de formular as hipóteses e uma introdução teórica consistentes, que permitisse a compreensão dos temas por uma extensa rede de profissionais de áreas distintas, me exigiu reflexão e tempo. No decorrer dos meses de coleta de dados me aproximei das crianças e das questões da surdez de um modo apaixonante, confirmando a relevância da pesquisa e um vasto campo de estudo e intervenção para os psicólogos. Ao discutir os resultados ficou claro que essa era uma pequena contribuição para uma demanda emergencial de aprofundamentos nas questões suscitadas no decorrer deste estudo. Deste modo, acredito que este trabalho é um passo numa longa jornada.

CAPÍTULO 1 - Avaliação Psicológica

Desde os primórdios das civilizações, o homem observa e avalia o mundo e as situações deste. Muitas foram as explicações encontradas para os fenômenos da natureza e com o passar dos anos o homem se voltou para si, sendo que a partir do século XIX precisou de uma forma mais fidedigna de observação e avaliação (Anastasi, 1997).

O biólogo Francis Galton, em 1880, foi responsável pelas primeiras e mais amplas tentativas de medida das diferenças entre indivíduos, tendo sido o pioneiro no uso de escalas e questionários (Anastasi, 1977). Na teoria de Galton as informações eram medidas pelos órgãos dos sentidos sensoriais e quanto mais preservados mais adequadas seriam as operações intelectuais. Galton contribuiu à avaliação psicológica primeiramente com a criação de testes antropométricos (discriminação sensorial), depois com a elaboração de escalas de atitudes e por fim com o desenvolvimento e simplificação de métodos estatísticos (Pasquali, 2001).

Em 1890, o psicólogo James Mckeen Cattell, deu grande contribuição para a avaliação, foi o primeiro a usar o termo teste mental, demonstrando interesse na mensuração das diferenças individuais (Schultz & Schultz, 1995). O trabalho de Cattell foi relevante para o desenvolvimento da avaliação psicológica enquanto ciência, embora os testes elaborados por ele não tenham congruência entre si, nem com as avaliações dos professores ou com o desempenho acadêmico dos alunos (Pasquali, 2001).

Em 1900, Binet se destacou com a criação dos testes de inteligência, tendo como marco a Escala Binet-Simon desenvolvida em colaboração com Simon (Anastasi, 1977). Nessa época predominava o interesse da predição nas áreas acadêmicas e da saúde, com a

elaboração de testes que mediam conteúdos cognitivos. Spearman, sucessor de Galton, teve destaque nos estudos de correlação, especialmente com seu artigo sobre o fator G, que representaria um fator G universal de inteligência (Pasquali, 2001). Em 1917, Woodworth usou o primeiro questionário de personalidade, dando início ao estudo de traços pessoais, interesses e aspectos psicopatológicos (Anastasi, 1977).

Na Primeira Guerra Mundial, a necessidade de rápida avaliação psicológica de soldados fez com que os testes passassem a ser mais valorizados. Com isso em 1920 houve aumento na elaboração de novos instrumentos. Em 1930, após perceber que os testes de inteligência eram bastante dependentes dos aspectos culturais, Kelley quebrou a tradição do fator G e introduziu a análise fatorial múltipla. A seguir, entre 1940 e 1980, procurou-se sistematizar os avanços da psicometria e uma teoria sobre a inteligência, bem como sintetizar dados de medidas da personalidade (Pasquali, 2001).

Essa visão histórica da psicometria permite vislumbrar uma concepção mais abrangente da avaliação psicológica, cujo objetivo é o de avaliar os fenômenos psicológicos delimitados pelas condições teóricas, metodológicas e instrumentais de trabalho do psicólogo. O termo avaliação psicológica, surgido em 1948, foi definido como “o conjunto de processos que as pessoas usam para formar impressões e imagens, tomar decisões e verificar hipóteses sobre as características das outras pessoas no confronto delas com seu meio ambiente” (Pasquali, 1999, p.13). O uso apropriado das técnicas de avaliação requer que os psicólogos se atenham as inúmeras atividades e processos psicológicos envolvidos nelas, para tal é necessário haver diversificação das técnicas (Pasquali, 2001).

A avaliação psicológica envolve medida, instrumento e processo de avaliação. A medida se refere ao fato de toda avaliação pressupor a idéia de mensuração, ou seja, é a relação entre o fenômeno e os pressupostos do uso da linguagem matemática; o instrumento

pode ser entendido como qualquer forma de estender ação ao meio, maximizando a eficácia na obtenção de dados e seus resultados (os testes são instrumentos objetivos e padronizados); o processo de avaliação psicológica advém da curiosidade ou relevância de superar as necessidades humanas ou desafios em termos de adaptação ao ambiente, preocupando-se com a redução dos danos à saúde (Alchieri, 2003).

No século passado os testes passaram por períodos de descrédito, que podem ser atribuídos a diferentes situações. Noronha (1995) destaca o fato de que a construção excessiva de instrumentos de avaliação dificultou um controle de qualidade desses. Hutz e Bandeira (1993) pontuam a falta de atualização dos profissionais que utilizam os testes ensinados nas faculdades e nas instituições em que trabalham e Alchieri (2003) discute que o comprometimento na qualificação dos psicólogos, especialmente, na área de avaliação psicológica acarretou em falta de interesse pela aprendizagem de medidas psicológicas e também a banalização dos instrumentos.

Na tentativa de minimizar as problemáticas supracitadas, o Conselho Federal de Psicologia editou a resolução CFP N° 02/2003, na qual determina o conjunto de requisitos que os instrumentos devem possuir, de modo semelhante aos parâmetros internacionalmente definidos, para que possam ser reconhecidos pela comunidade científica e profissional. Na mesma resolução é decretada como falta de ética a utilização de métodos psicológicos que não constem na relação de testes aprovados pelo CFP, salvo em casos de pesquisa. A aprovação dos instrumentos requer criteriosos estudos de padronização, normatização, fidedignidade e validade que satisfaçam os critérios de um protocolo estabelecido pelo CFP.

A padronização implica procedimentos de aplicação, controle dos vieses do aplicador e normas na divulgação dos resultados, isto é, são as regras na aplicação dos testes. A

normatização se refere à uniformidade na interpretação dos escores dos testes. Para cumprir com esses requisitos o psicólogo deve ter o cuidado de usá-las de forma adequada (Pasquali, 2001). A fidedignidade, também denominada precisão, é a confiabilidade do instrumento, isto é, a ausência de erros (Arias, 1996). A validade se refere ao que o teste se propõe a medir e quão bem ele o faz. Segundo Anastasi e Urbina (2000) os tipos de validade são de conteúdo, critério e constructo. A primeira se refere à realização da tarefa, na qual o conteúdo do instrumento é comparado com o grau de conhecimento do que se pretendia avaliar; a validade de critério, ou de predição, indica a efetividade de um teste para prever um desempenho e a validade de constructo são as variáveis comportamentais diretamente observáveis por meio de uma orientação teórica fortalecida, ou seja, é a ligação entre a teoria psicológica e a hipótese empírica. Já a AERA, APA e NCME (1999), considera que a validade de constructo abrange as evidências de validade de conteúdo e critério, as denominando respectivamente, evidências baseadas no conteúdo e evidências baseadas nas relações com outras variáveis. Esta concepção reforça a importância de revisões contínuas nas pesquisas que atestem as validades dos instrumentos.

Os testes psicológicos são classificados em psicométricos e impressionistas, afirmando que os primeiros medem e os do segundo tipo não requerem o uso estatístico em sua avaliação. Entre os testes impressionistas estão inclusos os projetivos (Pasquali, 2001). Os testes projetivos requerem uma validação diferenciada dos testes de aptidão, na medida em que descrevem um indivíduo, em termos de um esquema dinâmico de variáveis de intercorrelação (Anzieu, 1978; Tavares, 2003).

As técnicas projetivas são referenciadas na teoria psicanalítica, cujos objetivos são conhecer elementos sobre a personalidade da pessoa e de seu funcionamento egóico. Ao projetar a pessoa atribui à outra pessoa características ou desejos próprios, que seriam

penosos para seu ego admitir (Anderson, 1967). Pressupõe-se que as técnicas projetivas permitem que se conheçam peculiaridades do examinando, tanto nos aspectos estruturais quanto à dinâmica afetiva. Assim, tem-se a hipótese de que essas técnicas são capazes de expressar as modalidades de funcionamento psíquico próprias de cada sujeito nas suas especificidades e nas suas articulações singulares (Chabert, 2004).

As provas projetivas receberam esse nome em 1939, quando Frank assim denominou as provas de Rorschach e o Teste de Apercepção Temática (TAT), embora tenha sido Freud quem introduziu o conceito de projeção na psicanálise para explicar os mecanismos da paranóia, em 1895 (Anzieu, 1978; Backes-Thomas, 1974). A projeção é a operação em que o sujeito expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos e mesmo ‘objetos’, que ele desdenha ou recusa em si (Laplanche & Pontalis, 1967).

A partir do momento em que se atribui um significado às sensações, necessariamente há projeção da experiência adquirida e das necessidades do organismo, isto é, em todas as reações do homem há projeção (Rey, 1962, citado por Backes-Thomas, 1974). A projeção, dessa forma, é uma atividade mental se esforçando para impor sua estrutura atual às coisas, pronta a modificá-las, para consolidar e estender os conhecimentos. Chabert (2004, p.32) corrobora essa formulação ao afirmar que a projeção “é uma dialética dentro e fora em que o sujeito se constrói e se desenvolve por meio das reservas de trocas com o seu ambiente relacional, mas também com ele mesmo e seu mundo interior”.

Os críticos das técnicas projetivas argumentam que as interpretações são subjetivas e pouco objetivas e utilizam um vocabulário vago e falho, dificultando tanto a sua confirmação como refutação. Além disso, um dos problemas da literatura sobre as técnicas

projetivas e da personalidade está no fato de se considerar suposições teóricas como fatos estabelecidos (Anderson, 1967).

A importância da validação das técnicas projetivas é intrínseca a responsabilidade social, profissional, de ensino, oportunidade de conhecimento e desafio às aptidões de investigar contribuindo para evitar a generalização além dos dados estabelecidos. Para poder atribuir uma objetividade a essas técnicas é preciso projetos de pesquisa cuidadosamente planejados (Anderson, 1967).

As técnicas projetivas têm em comum a oferta de um material concreto e ambíguo, criando um campo relacional entre o sujeito e o psicólogo. A vantagem, no uso desta é conhecer o funcionamento psíquico individual numa perspectiva dinâmica (Chabert, 2004). Esse método tem características desestruturadas ou de estruturação pouco usual, à qual o sujeito deve reorganizar apelando para modelos internos. O modo como percebe, estrutura e responde a situação estímulo objetiva, portanto, especificar configurações emocionais (Grassano, 1996). As técnicas projetivas não lidam com escores e sim com um conjunto de dados qualitativos, que podem ser comparados como um todo ou pelas partes dos testes (Anderson, 1967).

Cada teste possui sua linguagem própria, com símbolos estruturados que são codificados por um avaliador experiente (Backes-Thomas, 1974). Quando o psicólogo toma conhecimento dessa linguagem, possui um relevante meio de compreender os dados recolhidos e comunicar-se com o mundo interno do examinando, num curto período de tempo (Grassano, 1996). Isto é, tem possibilidade de conhecer a personalidade das pessoas, viabilizando uma comunicação entre o mundo externo e o funcionamento psíquico individual. O controle do material proposto e as condições de aplicação importante por permitirem o tratamento quantitativo e qualitativo dos dados (Chabert, 2004).

O estudo da personalidade possui duas abordagens de investigação, a nomotética e a idiográfica. Na primeira, os escores de uma pessoa ou de grupos são comparados com outras pessoas ou grupos, ou seja, trata da posição do sujeito em relação ao grupo, enquanto na idiográfica o estudo é focado nas particularidades de um caso individual à descrição da organização da pessoa. A mais usual é a nomotética, que por trabalhar com grupos torna difícil a compreensão completa de uma única pessoa, então, o pesquisador se dedica a variáveis e não ao sujeito (Cloninger, 1999; Tavares, 2003; Villemor-Amaral, 2002, Weiner, 2000).

CAPÍTULO 2 - Desenvolvimento infantil e a constituição da personalidade

As duas abordagens de investigação permitem a descrição mais detalhada de aspectos da personalidade, sendo esta única e intrínseca as causas do comportamento e experiência individual de cada pessoa. Didaticamente a personalidade pode ser explicada de acordo com a descrição, a dinâmica e o desenvolvimento. A primeira se refere à descrição propriamente dita. A dinâmica trata dos mecanismos pelo qual a personalidade se expressa, enfocando muitas vezes as causas do comportamento, incluindo adaptação e ajustamento que acontecem em função das exigências da sociedade e aspectos cognitivos do indivíduo. O desenvolvimento é influenciado pelas experiências infantis e derivado de fatores biológicos. Essas diferenças individuais podem ser consideradas para classificar as pessoas dentro de um número limitado de categorias (tipos) ou por dimensões básicas que geram determinadas condutas, chamadas de traços (Cloninger, 1999).

Os traços são comportamentos observáveis mediante definições operacionais e permitem caracterizar melhor um indivíduo por focar em poucas características e

considerar vários graus. Por existirem muitos traços, optou-se por agrupá-los em fatores, que descrevem as dimensões fundamentais da personalidade. Os fatores biológicos são estilos coerentes de comportamento que estão presentes desde a infância e perduram por todo o desenvolvimento, podendo ser chamado de temperamento (Cloninger, 1999).

O desenvolvimento da personalidade é consequência da busca constante do organismo para reduzir a tensão proporcionada pelas quatro funções básicas, a saber, crescimento fisiológico, frustrações, conflitos e perigos (Hall & Lindzey, 1984). A personalidade está bem formada aos cinco anos de idade, desenvolvendo-se ao longo do tempo e embora a pessoa mude há evidências de certa estabilidade (Cloninger, 1999). Os anos subseqüentes são dedicados a elaboração da estrutura básica, que se dá de acordo com a identificação e deslocamento. Identificação é o ato de assumir as características de outra pessoa incorporando-as a sua própria personalidade, enquanto deslocamento é a escolha de um novo investimento num objeto substituto, quando o objeto original se tornou inacessível em função dos contra-investimentos, que podem ser internos ou externos. A direção do investimento é determinado pela semelhança do objeto substituto com o original e pelas sanções impostas pela sociedade (Hall & Lindzey, 1984).

A importância da primeira infância para o desenvolvimento da personalidade é consensual para todas as abordagens que possuem o fenômeno do desenvolvimento humano como foco, principalmente, quando adota-se um referencial teórico psicanalítico. Nesse pressupõe-se que a personalidade é fortemente influenciada pelo inconsciente, que é dinâmico e está em constante conflito com a consciência e os outros aspectos inconscientes. Conflito este originado a partir das experiências de vida (Cloninger, 1999).

Inicialmente, o bebê não diferencia o que é interno ou externo, consciente ou inconsciente, e tudo o que ele vive, seja bom ou ruim, torna-se intenso (Almeida, 2001).

Klein (1930/1996) elucida que nessa fase o bebê não diferencia que a mãe considerada boa (que satisfaz) é a mesma considerada ruim (que não satisfaz) e, portanto, não reconhece que a mãe amada e a odiada são a mesma pessoa. Ele sente todos seus desejos e impulsos como sendo lícitos. Ao romper com essa posição esquizo-paranóide o bebê inicia uma tentativa de reprimir a agressividade para agradar a mãe boa e se culpa por tê-la odiado quando a considerava má, passando a vivenciar a posição depressiva. Assim, os mecanismos de introjeção e projeção associam-se ao julgamento do que é bom ou mau, sendo esse processo estrutural para o funcionamento da dinâmica emocional e cognitiva da criança (Chabert, 2004).

Nessa fase, ao mesmo tempo em que são vivenciados esses conflitos acontece o processo de 'identificação', em que o ego se assemelha com outro ego, de acordo com seu comportamento, isto é, imita-o e em certo sentido assimila-o dentro de si (Freud, 1939/1996). Durante esse processo, observa-se que os recursos sensoriais (visão, audição, tato, olfato e paladar) são imprescindíveis na forma como o indivíduo capta o mundo, organiza seu funcionamento egóico e desenvolve sua personalidade (Fonseca, 2001).

Os pais ouvintes usam, desde muito cedo, a comunicação verbal. As ações da mãe são acompanhadas pela fala e o tom de sua voz é um indicador de seus estados afetivos (Fonseca, 2001). A ausência da audição no início da vida priva o surdo de escutar a voz materna e o impede de adquirir uma linguagem no mesmo momento e modo que o ouvinte (Sole, 2003). Além disso, conforme já mencionado, a linguagem viabiliza a expressão dos afetos em palavras, tornando os sentimentos dizíveis, conscientes. De modo que a língua é estruturante e essencial (Sole, 2003). Quando a criança inicia o processo de aquisição de linguagem, ela faz emissões que implicam diversas possibilidades. Entre elas a de exercer o papel de alguém com poder de negociação na dupla, de expressar necessidades e desejos,

tendo a confiança que eles serão compreendidos, mesmo que sejam negados (Fonseca, 2001).

Do mesmo modo que o adulto solicita o bebê, este também solicita o adulto, principalmente, a mãe. Essa dupla-solicitação acontece em função do *feedback*, bebê observa a mãe e ela o observa, num jogo de olho no olho. O mesmo acontece com a identificação precoce feita pelo bebê da melodia da voz materna (Brazelton, 1981). Desde o primeiro dia de vida, a escuta da voz materna tem um efeito organizador enquanto o colo ainda não exerce esse mesmo efeito tranqüilizador (Molina, 2001, citado por Sole, 2003). O tom e o volume da voz da mãe tem um efeito calmante sobre o bebê e o seu humor. O bebê se acalma com a voz da mãe, mesmo sem vê-la, pois a voz ou barulhos na casa o asseguram de sua presença mesmo fora do seu alcance visual. Isso ajuda no processo de aquisição de confiança básica do bebê (Altshuler, 1977, citado por Marzolla, 1996). Assim, a privação auditiva poderia trazer conseqüência na apropriação da mãe e conseqüentemente para o desenvolvimento infantil (Brazelton, 1981).

Winnicott é conhecido como o teórico do desenvolvimento precoce, sua teoria foi pautada nas observações da conduta de crianças e suas mães. Para ele o destino de cada pessoa se decide durante os primeiros anos de vida e está intrínseco ao vínculo com a mãe. A criança nasce indefesa, como um conjunto desorganizado de pulsões, instintos, capacidades perceptivas e motoras e com uma tendência que o levará a uma imagem unificada de si e do mundo. Nesse processo a mãe tem a tarefa de fornecer suporte adequado ao desenvolvimento da criança, atuando como um ego auxiliar até que a criança consiga organizar suas capacidades inatas e a integração, assim, ela deve proteger o débil núcleo do *self* infantil. A criança se desenvolve por sua própria potencialidade caso a mãe se adeque de forma suficientemente boa (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Um dos termos cunhados por Winnicott é a sustentação (*holding*) que descreve a conduta emocional da mãe em relação ao filho. Essa conduta pode levar aos diferentes graus de perturbação psíquica. No desenvolvimento não patológico a mãe ‘boa’ consegue realizar a proteção de forma bem sucedida e a criança consegue entregar-se a uma vida interna e externa, pois a mãe respondeu a onipotência do lactante. Por outro lado, quando a mãe falha na proteção, isto é, a sustentação é insuficiente, a criança percebe a falha ambiental como uma ameaça a sua pessoa e constrói um novo “ego auxiliar”, que Winnicott chamou de “falso *self*”. Essa constituição associa as condições ambientais com a representação do indivíduo em si e do como estabelecerá vínculo com outras pessoas (Bleichmar & Bleichmar, 1992). À mãe cabe a função primordial de garantir uma relação de espelhamento, permitindo que o bebê se veja como um outro, ou seja, se distancie de seu *self* que observa. Esse processo só é possível por meio do reconhecimento e identificação da mãe com o estado interno do bebê, viabilizando a divisão do bebê em observador e sujeito-como-objeto, havendo um espaço de reflexão entre ambos os estados (Ogden, 1996).

Esse espaço de transição é preenchido com o objeto transacional, outro termo postulado por Winnicott, que se refere ao objeto de amor e ódio adotado pelas crianças, tais como fraldas, e animais de pelúcia, e funcionam como uma ponte do mundo interno com o externo, ou seja, são uma extensão do mundo interno do bebê e, ao mesmo tempo, serve como uma experiência palpável e imutável fora da criança (Bleichmar & Bleichmar, 1992; Ogden, 1996). Esses objetos são importantes por fazer parte de uma etapa evolutiva, auxiliar na angústia de separação e defesa contra a mesma e, por último, um espaço na mente da criança. O objeto transacional não fica danificado irreversivelmente pelas pulsões agressivas da criança e, assim, o objeto interno que está sendo construído se torna cada vez

mais forte (Bleichmar & Bleichmar, 1992), para mais tarde o bebê se tornar um sujeito independente da participação efetiva da subjetividade de sua mãe (Ogden, 1996).

Em todas essas etapas a mãe assegura, por meio do cuidado amoroso, o ponto de referência para que a criança se desenvolva. Uma perturbação na maturação emocional terá como resultado um indivíduo temeroso de suas próprias pulsões, sem nenhuma capacidade criadora e, provavelmente, com um mundo externo e interno fragmentado (Bleichmar & Bleichmar, 1992). A falha, ou mesmo ausência, dos recursos sensoriais pode interferir nesse processo e proporcionar diferentes conseqüências no desenvolvimento da criança, que passa a ser considerada deficiente. E pode proporcionar um déficit *a priori* na relação mãe-bebê e *a posteriori* na relação com a sociedade.

Podem-se citar duas conseqüências por não ouvir a presença da mãe para o desenvolvimento de crianças surdas. A primeira conseqüência é a dificuldade em criar uma sólida confiança na ligação e constância materna e, derivada desta, a fantasia de que alguém estaria se beneficiando da presença da mãe, que a leva ao sentimento de rivalidade e ciúmes (Fonseca, 2001). Um agravante nessa relação de apropriação da mãe é relatado no estudo de Roslyng-Jensen (1997), ao observar que a criança deficiente auditiva balbucia, em geral, no mesmo período que a criança ouvinte, parando alguns meses depois. A autora justifica o deixar de balbuciar em conseqüência da ausência de *feedback* acústico. Embora, pais ouvintes e crianças surdas desenvolvem estratégias alternativas de interação, freqüentemente não verbal (Vaccari & Marschark, 1997).

Outro aspecto observado por Fonseca, em 1984, se refere ao objeto transacional. Ela verificou que as crianças surdas teriam menor propensão a ter objetos transacionais. Acredita-se que esses objetos representam a aceitação da separação materna e por isso foi levantada a hipótese desse fato ser resultante de uma dificuldade no desenvolvimento pré-

simbólico (Fonseca, 2001). A isto, é somada a vulnerabilidade pela ausência de uma língua que viabilize o simbólico para a constituição da identificação. Sole (2003), em sua prática clínica, observou que a falta de uma língua num momento hábil pode ser uma barreira para a constituição do Eu.

A maioria dos estudos preocupados com as questões de constituição da personalidade do surdo atribui as dificuldades encontradas nessas crianças à relação mãe ouvinte e filho surdo. A ferida narcísica e o sentimento de culpa derivado da descoberta da surdez interferem em toda a relação mãe bebê (Marzolla, 1996). As mães frustradas, incapazes de se refazer da perda do filho imaginado, não conseguem elaborar o luto daquele filho perfeito (Sole, 2003); com isso a enfermidade dele fere seu narcisismo, promovendo a perda brusca de toda a identificação. Na impossibilidade de curar o filho e desse corresponder ao imaginário antecipado, os pais adoecem com ele, gerando um ensurdecimento e emudecimento psíquico, que é usado para se proteger da ameaça interna de desmoronamento (Mannoni, 1988; Marzolla, 1996; Sole, 2003). Nada mais é dito ao filho, ele fica excluído do discurso materno, sob o argumento de que não adianta falar, pois ele não ouve (Sole, 2003).

Toda criança estabelece uma identificação especular, ou seja, identifica-se com as respostas do olhar materno. De modo que a angústia da amputação e imagem corporal desintegrada, provavelmente levarão as crianças surdas a se identificarem com esta imagem desintegrada e denegrada de si, ou seja, a percepção de si como enfermo ou não dependerá da subjetivação desta experiência por parte dos pais. Uma criança tida como surda irá ler essa surdez no rosto materno (Sole, 2003).

Freud (1939/1996) alertava ser comum às mães de filhos deficientes tentarem compensar as deficiências com uma superabundância de amor. Muitas vezes isso se dava

por um sentimento de culpa por não ter gerado um filho perfeito.

Para os pais, muitas vezes ter um filho com deficiência se apresenta como situação de risco para a manutenção do equilíbrio entre ser íntimo, fazer parte do grupo, e ser diferente ao mesmo tempo. Esse sentimento dificulta a identificação dos pais com a criança deficiente, que em contrapartida não consegue identificar-se com os pais. Uma falha neste processo identificatório pode comprometer o sentimento de igualdade nas relações da criança, que não desenvolveria considerações genuínas por si próprio e pelo outro, interferindo na tentativa de ser empático, colaborativo e na aceitação de regras de disciplina. A identificação com os pais significa internalizar e assimilar suas competências e capacidades, inclusive, a de cuidar e de sobreviver (Fonseca, 2001).

O diagnóstico tardio também poderia interferir no processo de separação-individuação da criança deficiente auditiva, pois a identificação da mãe é essencial para o estabelecimento de uma boa relação. A ferida narcísica, a dor, a rejeição e a culpa sentida pelos pais podem prejudicar o estabelecimento de uma relação que favoreça o desenvolvimento saudável da criança. Assim, ao receber o diagnóstico a mãe precisa ser acolhida e orientada (Dib, 1989).

Cada pai tem uma forma de lidar com esses sentimentos, a negação da deficiência, a supervalorização e superproteção dos filhos, o evitar situações de frustração e a dificuldade em reconhecer as conquistas dos filhos são alguns exemplos mais comuns (Marzolla, 1996; Sole, 2003). Assim, há duas reações prováveis, que são as compensações de privilégios e acréscimos de amor ou, então, a renovação do investimento. Assim é comum o familiar se referir aos surdos atribuindo-lhes traços de nervosismo, agressividade, agitação e irritabilidade (Luchesi, 1997; Sole, 2003). Esta imagem poderá ser carregada ao longo da vida e reiterada a cada dia, pelo lugar social depreciado que a cultura reserva ao surdo e

pela falta de acesso a outros modelos (Meynard, 1995, citado por Sole, 2003).

Outro momento que poderia gerar conseqüências negativas no desenvolvimento das crianças com deficiência seria o início da sua vida escolar, quando são submetidas a políticas educacionais de inclusão. Skliar (1998) discute que a escola é um sistema que já pressupõe a pré-exclusão com o uso de salas especiais e um discurso estigmatizado preocupado em apontar a falta de capacidades da criança com deficiência. O uso de salas especiais que visam agrupar os deficientes parece não ajudar muito na medida em que cada deficiência (a visual, a mental, a surdez e outras) possui suas especificidades e não podem ser tratadas como iguais. Por exemplo, as professoras em salas com alunos surdos e ouvintes não sabem o que fazer com o surdo e por vezes pensa que o surdo entenderá ou desenvolverá a leitura orofacial naturalmente (Souza & Góes, 1999).

2.1 – A deficiência auditiva

A maioria dos estudos com surdos preocupa-se com estratégias e métodos de comunicação, desenvolvimento da linguagem, educação, relacionamento entre crianças e parentes e profissionais e treinamento de professores, como pode ser observado nos artigos dos mais de 150 anos de publicação da revista *American Annal of Deaf* (American Annal of Deaf, 2006). As pesquisas sobre a surdez, nas últimas décadas, foram realizadas por lingüistas e fonoaudiólogos, que tomaram as rédeas das discussões. Embora não se tenha chegado a um consenso sobre muitas questões, esses profissionais conquistaram grandes benefícios aos surdos. Essas discussões, entretanto, ficaram restritas aos aspectos da linguagem e da cognição sem pormenorizar outras questões, como os aspectos emocionais da surdez. Sabe-se que esses aspectos interferem no desenvolvimento cognitivo e social de todas as crianças e em criança surdas não seria diferente.

A surdez deve ser considerada em vários aspectos entre eles médico, sociológico, psicológico e educacional (Bailly, Dechoulydelenclave & Lauwerier, 2003; Hindley, 1997; Perier & De Temmerman, 1987). Essa é a deficiência que exige maior esforço na reabilitação e causa maior incerteza quanto ao desenvolvimento cognitivo e lingüístico da criança (Torres, 2005). É possível verificar que a surdez afeta diretamente a comunicação do surdo com o ouvinte, especialmente quando este é desconhecedor dos recursos da língua de sinais. A ausência da fala por si só não é incapacitante, mas pode ser estigmatizante em função das interações estabelecidas com a rede social (Vygotsky, 1989).

Nos EUA 8,6% da população tem algum problema de audição e na união europeia mais de 81 milhões da população tem deficiência auditiva (Hruby, 1995; Rose, 1995 citados por Torres, 2005). No Brasil, a Surdez atinge 4,5% da População Brasileira (IBGE, 2000, citado por Ferreira, Junior & Ramos, 2005). Estima-se que de 95 a 99 % dos surdos são filhos de pais ouvintes (Kyle, 1999; Torres, 2005).

A surdez pode ser adquirida durante a gestação, durante o parto e após o nascimento. As causas pré-natais são as desordens genéticas ou hereditárias; relativas a consangüinidade e fator Rh; doenças infecto-contagiosas (rubéola e o sarampo); doenças tóxicas da gestante (sífilis, citomegalovírus, toxoplasmose, herpes); remédios ototóxicos (que lesam o nervo auditivo); drogas e alcoolismo materno; desnutrição/ subnutrição/ carências alimentares; pressão alta, diabetes; exposição à radiação, entre outras. As causas peri-natais são pré e pós-maturidade, anóxia, fórceps e infecção hospitalar, enquanto as causas pós-natais são meningite adquirida; remédios ototóxicos em excesso ou sem orientação médica; sífilis adquirida; sarampo, caxumba; exposição contínua a ruídos ou sons muito altos; traumatismos cranianos e etc (Instituto Nacional de Educação de Surdos,

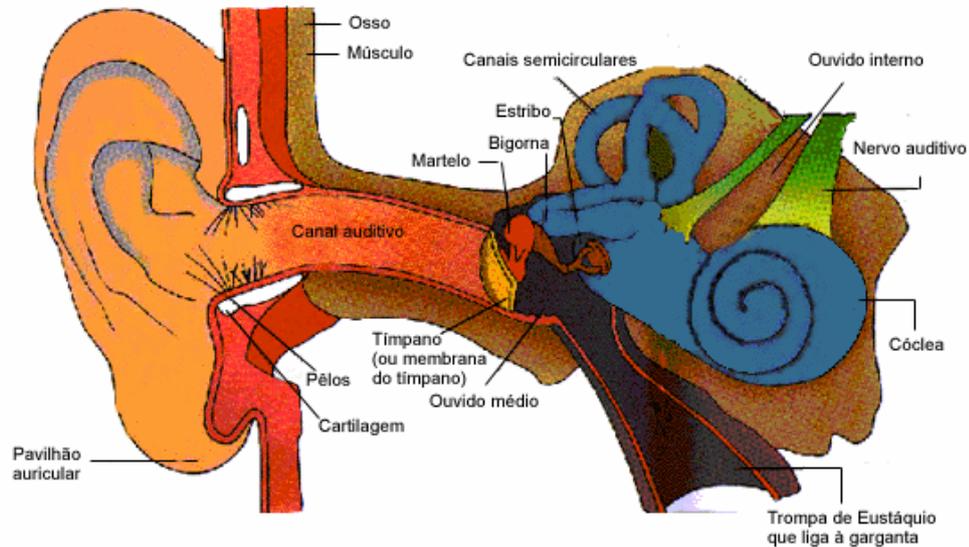
2006). Podendo ser definida como pré-lingual e pós-lingual, isto é, antes e depois de ter adquirido um desenvolvimento lingüístico estável (Luchesi, 1997; Torres, 2005).

As deficiências auditivas são classificadas de acordo com a localização topográfica (ver figura 1) em deficiência auditiva condutiva, sensorineural, central, mista e funcional. Na deficiência auditiva condutiva o prejuízo ocorre na orelha externa (meato acústico) ou na orelha média (membrana do tímpano, cadeia ossicular, janela redonda ou oval, ou mesmo na tuba auditiva) e determina uma redução na acuidade auditiva, proporcionando uma redução na percepção de sons graves e conservação dos sons agudos. Já na deficiência auditiva sensorineural o aparelho de transmissão do som não é afetado, no entanto, há uma alteração na qualidade do som. Ela engloba desde lesões sensoriais (orelha interna ou órgão de corti) a neurais (lesões desde o nervo coclear até os núcleos auditivos no tronco) e resulta numa conservação dos sons graves e redução da acuidade dos sons agudos (Lopes Filho, 1997).

As demais deficiências auditivas são menos comuns. Na deficiência auditiva central não há compreensão do que é dito, embora a audição seja normal, enquanto que a deficiência auditiva mista é caracterizada pelos diversos sintomas das deficiências mencionadas. A deficiência auditiva funcional apresenta um prejuízo na função auditiva, mas não há uma causa orgânica comprovada (Lopes Filho, 1997).

O diagnóstico da surdez é atribuído por meio da audiometria, em que a intensidade dos sons é medida em decibéis (dB). As intensidades de 20, 40, 60 e 80dB em sons puros são modulados nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000HZ, a distância de 50cm do ouvido. A frequência permite verificar a capacidade de perceber sons graves e agudos e os dB o 'volume' do som (INES, 2006).

Figura 1 - Aparelho auditivo

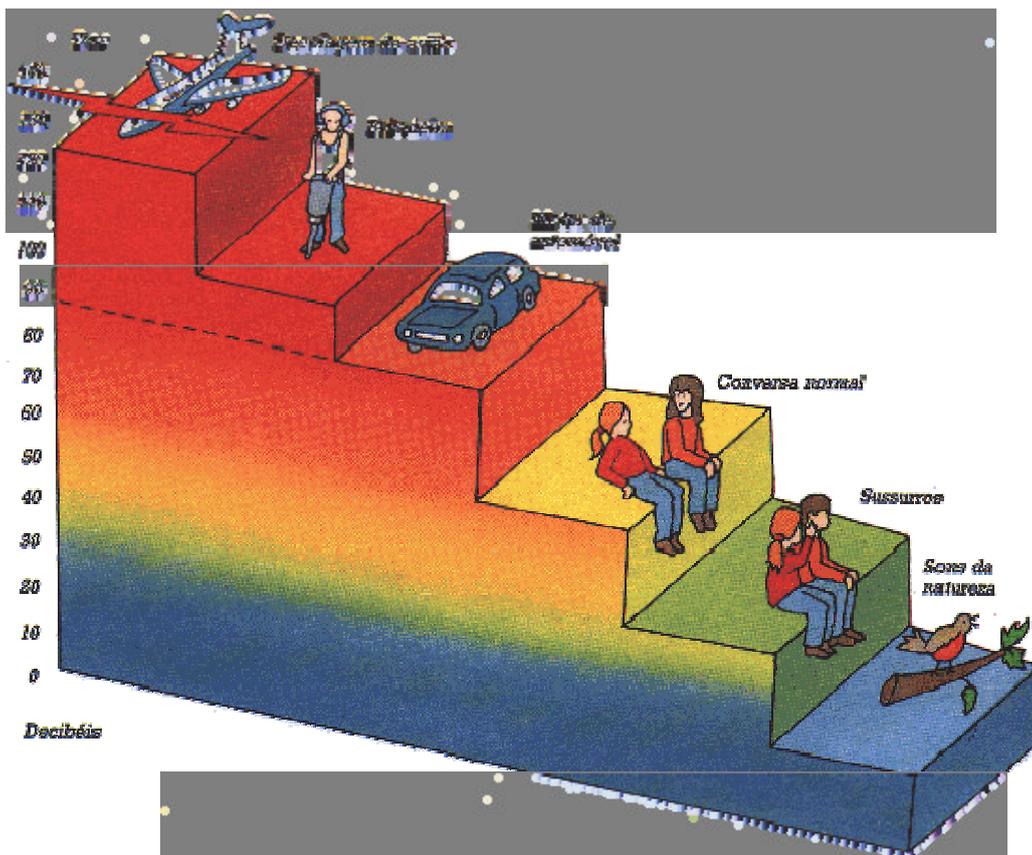


Fonte: INES, 2006.

A partir da audiometria, consideram-se os graus: leve, quando a perda é abaixo de 40dB e a criança pode apresentar algumas dificuldades articulatórias, porém sua linguagem oral se desenvolve normalmente; moderado entre 40 e 60dB de perda, pode-se adquirir linguagem oral, porém, de maneira limitada, sendo a articulação e a voz defeituosas; severo entre 60 e 85dB de perda, a criança pode identificar os ruídos ao seu redor e distinguir as vogais, porém, muito dificilmente as consoantes e a oralidade poderão ser adquiridas espontaneamente e acima de 85dB, surdo profundo, nenhuma linguagem oral pode ser adquirida sem educação especializada. Para ter um exemplo mais prático do que isso significa, 10dB corresponde aos sons da natureza, 60dB é a intensidade do som de uma conversa e 120dB ao som de um avião a jato (Ver figura 2). Há também as categorias intermediárias, como moderada-profunda, em que o grau da perda muda de acordo com a frequência (Góes, 1999).

O termo surdez se refere a audição socialmente incapacitante no que tange a desenvolver a linguagem oral, pois os ruídos não possuem um significado. Assim, surdas são pessoas com significativa perda auditiva, seja ela total ou parcial (Lopes Filho, 1997). Os surdos não devem ser confundidos com os mudos, sabe-se que muitos surdos processam a informação não verbal e aprendem a falar (Torres, 2005). Do ponto de vista educacional pode-se utilizar a classificação do Bureau Internacional d'Audiophonologie - BIAP, e na Portaria Interministerial nº 186 de 10/03/78, que considera parcialmente surdo o grau leve e moderado e surdo o grau severo e profundo (INES, 2006).

Figura 2 – Os decibéis no dia-a-dia



Fonte: INES, 2006.

Classifica-se ainda como bilateral, ocorre nos dois ouvidos, ou unilateral. Por tanto, ao se referir à interferência na aquisição da linguagem e da fala deve considerar a perda no melhor ouvido (INES, 2006). Numa pesquisa realizada com crianças com surdez unilateral, verificou-se que elas possuíam notas mais baixas que as crianças que ouvem nas provas de reorganização de palavras, soletrar e linguagem, embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. As crianças com perdas unilateral severa a profunda tiveram um desempenho menor que as com perda leve e moderada e demonstraram associação com os déficits acadêmicos e cognitivos bem como problemas secundários de ajustamento (Culbertson & Gilbert, 1986).

Uma definição puramente audiométrica apoiando-se nas conseqüências imediatas da surdez na criança, entretanto, aborda apenas parte do problema (Celli, 1974). Há outras variáveis de suma importância que irão determinar diferenças em relação ao tipo de atendimento que deverá ser prescrito, como a época em que ocorreu a surdez e a idade em que começou sua educação especial (INES, 2006), bem como o nível mental, os fatores familiares e do meio (Celli, 1974). Esses fatores isolados muitas vezes não justificam a diferença entre surdos e ouvintes, conforme mencionou Beck (1988) a respeito do prejuízo auditivo e os surdos com diferentes graus de perda auditiva.

Os pais devem estar sempre atentos às necessidades do filho surdo, sendo importante que conversem e informem a criança surda de sua situação (Goldfeld, 1997). As repercussões cognitivas e lingüísticas de crianças surdas sugerem que se elas não passarem por uma intervenção de profissionais capacitados, terão conseqüências ao desenvolvimento, conforme pode ser verificado na figura 3.

Ao se falar em reabilitação dos aspectos cognitivos e lingüísticos, quanto menor o grau da perda e mais tarde o período de aparecimento melhor é o prognóstico. No que se

refere ao tipo de surdez e estrutura neurofisiológica, melhor prognóstico aos casos de surdez de transmissão em relação à de percepção. Além disso, há consenso entre os profissionais da importância de reabilitar o mais cedo possível, no entanto, discordam quanto à orientação a ser dada (Torres, 2005).

Figura 3 – relação entre perda, período de intervenção e consequência aos surdos

Perda em dB	Limite Crítico da intervenção	Em caso de não intervenção
25 dB	Antes dos 35 meses	1 ano de retardo recuperável
35 dB	Antes dos 35 meses	2 anos de retardo recuperável
45 dB	Antes dos 35 meses	3 ano de retardo
40-70 dB	Antes dos 24 meses	Retardo irrecuperável
70-90 dB	Antes dos 18 meses	Retardo irrecuperável
>90 dB	Desde o momento da detecção	Retardo irrecuperável

Fonte: Torres (2005).

Na reabilitação, um dos recursos empregado para que o surdo ouça melhor são os aparelhos auditivos, que servem para captar e ampliar sons. Há dois tipos, os usados atrás da orelha (retroauricular ou pós-auricular) e os usados no corpo (aparelho de caixa), mas ambos não são suficientes para permitir a compreensão da fala pelos portadores de surdez profunda (INES, 2006).

É imprescindível que se supere a antiga visão de língua como sinônimo de fala. Nicolosi, Harryman e Kreschec (1996) concebem a linguagem como qualquer sistema simbólico estruturado e aceito para comunicação interpessoal e fala como um meio de comunicação oral que emprega um código lingüístico, por meio do qual o homem seria capaz de expressar sentimentos, pensamentos e entender outros que empregam o mesmo código. Assim, os surdos sem oralidade não possuem a fala, mas tem outra linguagem como recurso da comunicação.

Ferreira-Brito (1993) relata a experiência de conviver com os índios Urubu-kaapor, um grupo que possui uma comunicação baseada na fala e gestualidade. Os surdos dessa

aldeia são bem adaptados e fazem parte da vida social independente da deficiência. Outra experiência que colabora com a idéia da deficiência ser uma desvantagem é expressa por Nora Ellen Grace, em seu livro *Every one here Spoke sign language: Hereditary deafness in Martha's vineyard*, citado por Sacks (1990) em que relata que desde a chegada dos primeiros colonos surdos, na década de 1690, na ilha de Massachussetts, não havia praticamente qualquer família da ilha que não estivesse afetada pela surdez e em algumas aldeias (*Chilmark, West Thusbury*) a incidência da surdez elevava-se para uma a cada quatro pessoas. Em reação a essa situação, toda a comunidade aprendeu a língua de sinais e havia um intercâmbio completo entre os auditivos e os surdos, assim, os surdos não eram vistos como deficientes. Nesses dois exemplos observa-se a comunicação plena entre surdos e ouvintes.

É comum, no entanto, o desconhecimento da família sobre as implicações da surdez ao indivíduo e a eles mesmos. Muitas vezes os familiares criam uma imagem negativa do surdo, acreditando que eles são incapazes e terão grandes dificuldades para se desenvolverem adequadamente. As famílias pressupõem que o ser surdo implicará num fracasso escolar, acadêmico, profissional e social (Harrison, Lodi & Moura, 1997).

Os pais deverão optar pela política educacional, ou filosofia educacional, a qual o filho surdo será exposto, sendo que essa escolha influenciará em muitos aspectos a vida da criança. Quanto antes optarem entre o oralismo, bilingüismo e comunicação total melhor será para o desenvolvimento da criança. Torres (2005) destaca que essa orientação vai além de um tratamento ou da aquisição de uma língua, pois determinará a forma de comunicação, o sistema educacional e seu reconhecimento como deficiente (visão médica) ou diferente (visão culturalista).

O oralismo visa à integração do surdo com o ouvinte. O método oralista é atribuído ao alemão Samuel Heinicke, que salientava a importância de um enfoque exclusivamente oral. Neste, a fala seria o único meio de comunicação na educação dos surdos (Marchesi, 1995), e deve ser usada em todas as relações sociais (Goldfield, 1997; Sá, 1999). Os defensores dessa vertente preconizam a oralidade como indispensável para o desenvolvimento integral das crianças. Para que a aquisição da fala seja efetiva, durante esse período proíbem o uso dos sinais e alfabeto digitais, embora alguns aceitem o uso de gestos naturais, e recomenda-se que a recepção da linguagem seja feita pela via auditiva e pela leitura orofacial, ambas devidamente treinadas (Trenche, 1995). Assim os surdos devem freqüentar a escola regular para conviverem num ambiente que os estimule a falar e não incentive o uso da língua de sinais.

O principal argumento de uso do oralismo é o fato de que dificilmente os profissionais aprenderiam a língua de sinais num nível adequado para os processos de ensino, além de não possuírem conhecimento gramatical suficiente dos sinais para apoiar sua aprendizagem. No entanto, essa abordagem é questionada por seguir um modelo médico/religioso em que o ouvinte é o padrão e o surdo é visto como paciente. Nestes casos o trabalho de educar o surdo só é bem sucedido se o surdo estiver funcionalmente integrado (Ferreira Brito, 1993; Góes, 1999; Kyle, 1999; Perlin, 1998; Skliar, 1998) e os profissionais a indicaria só pelo fato de consumir menos tempo para ser adquirida e requisitar menor ajuste aos ouvintes sem, entretanto, tratar da aproximação de uma cultura (Kyle, 1999).

As críticas ao oralismo são voltadas a alguns métodos, por exemplo, ensinar palavras às crianças surdas de um ano, que teriam de apreendê-los de modo descontextualizado, tornando-a difícil e artificial. Além disso, o aprendizado da leitura labial requer tempo e prática não podendo ser adquirida precocemente e limitando as

possibilidades lingüísticas do surdo. Poucas crianças surdas chegam a falar e dificilmente tem competência para manter um diálogo. Os resultados pouco produtivos quanto à escolarização e à capacidade de comunicação evidenciam um contingente enorme de surdos que, apesar de realizar uma leitura mecânica, não consegue interpretar pequenas frases, levando algumas correntes a considerar o oralismo mais um treino de fala do que desenvolvimento de linguagem (Lacerda, 1998). De acordo com Prillwitz (1990, citado por Capovilla, 1997) os esforços do oralismo não são satisfatórios e a habilidade de leitura e escrita dos surdos tendem a limitar-se ao nível da terceira série do primeiro grau. Devido as dificuldade de escolarização, nas décadas de 1970 e 1980, a comunicação total passou a ser utilizada, registrando-se uma pequena melhoria na compreensão do conteúdo proposto pela escola (Magalhães, 2006).

A comunicação total, antes conhecida como bimodal, enfoca a comunicação surdo-surdo e surdo-ouvinte. Propõe a integração de diversos recursos de comunicação que possibilitem maior participação dos pais na educação dos filhos, permitindo a utilização de diversos meios de comunicação, lingüísticos e não lingüísticos (Góes, 1999), seguindo a estrutura gramatical da língua oral (Torres, 2005). Assim é feito o uso de sinais, oralização, leitura oro-facial, gestos indicativos e expressivos, apontamento de objetos presentes no momento, linguagem escrita, soletrar com os dedos, pantomina, desenhos (Góes, 1999; Magalhães, 2006), que são ajustados de acordo com as necessidades da criança. Na comunicação total, o surdo deixa de ser visto no modelo médico e passa a ser visto como uma pessoa com a marca de ser surdo e os trabalhos passam a ser ajustado às necessidades dos surdos (Ciccione, 1990), tendo como meta o desenvolvimento nas áreas emocional, cognitiva e social (Moura, 1993, citado por Góes, 1999).

Verificou-se que em relação ao oralismo alguns aspectos educativos e de comunicação foram melhorados. Entretanto, as crianças ainda apresentavam muitas dificuldades para expressar seus sentimentos e idéias, além de não conseguirem comunicar-se em contextos extra-escolares, sendo que poucos sujeitos alcançam autonomia na escrita como modo de produção de linguagem. Os sinais são considerados como um acessório que deve auxiliar a fala, isto é, não há preocupação em desenvolvê-la. Com isto torna-se ilusório, pois o surdo não adquire uma língua verdadeira (Lacerda, 1998). Essa abordagem é criticada por não oferecer uma língua de fácil acesso, por estimular a criação de códigos e línguas artificiais independentemente do meio socioeconômico e cultural (Goldfeld, 1997). Além disso, verificou-se que o uso da fala concomitante aos sinais não fazia sentido para uma pessoa que não ouvisse e que a língua de sinais por si poderia ser o veículo mais apropriado para aquisição da linguagem escrita, passando a ser substituído pelo bilingüismo (Capovilla, 1997). A importância da comunicação total é que forneceu acesso aos sinais que antes eram proibidos (Lacerda, 1998).

As duas abordagens mencionadas defendem que o uso da Língua de sinais dificultaria a oralização de crianças surdas, por ser de acesso mais fácil e cômoda ao surdo, diferindo-se do bilingüismo que se preocupa *a priori* com a comunicação surdo-surdo e *a posteriori* com surdo-ouvinte (Goldfeld, 1997; Sá, 1999). O bilingüismo propõe que os surdos devem aprender primeiro a língua de sinais e depois a língua oficial do país. O bilingüismo contrapõe-se ao oralismo por priorizar a língua viso-gestual e à comunicação total por defender um espaço efetivo dos sinais na língua (Lacerda, 1998)

As línguas de sinais são naturalmente adquiridas pelos surdos, possibilitando o acesso rápido a uma linguagem que possibilite uma comunicação tão completa como a fala para os ouvintes. Acredita-se que isso permitiria ao surdo um desenvolvimento cognitivo e social

mais adequado e compatível com sua faixa etária (Bouvet, 1990). Estudos evidenciam que crianças surdas filhas de pais surdos obtêm melhor desenvolvimento do que os filhos de ouvintes (Bailly, Dechoulydelenclave & Lauwerier, 2003), tendo mais sucesso no aprendizado da língua de sinais nos três primeiros anos de vida (MecEntee, Kyle & Ackerman, 1996, citados por Kyle, 1999) e que o desenvolvimento do surdo, nestes casos, é semelhante ao do ouvinte, de modo que a perda auditiva não justifica o bloqueio para aquisição de uma língua no modelo bilíngüe, desde que a criança surda seja exposta a programas bilíngües no período do desenvolvimento da linguagem (Kyle, 1998). Além disso, os surdos filhos de pais surdos conseguem um grau mais rápido de aprendizagem (Goldfeld, 1997). O problema é que a maioria dos surdos são filhos de ouvintes e tem o contato inicial com os sinais nas escolas, iniciando um processo de aquisição da linguagem tardio (Kyle, 1999) e associado a isso tem um vocabulário restrito quando o surdo a usa somente na escola. Considera-se essa língua como o único acesso do surdo à simbolização, sendo indispensável para a preparação à língua falada e escrita ao surdo (Sole, 2003).

A estrutura da língua de sinais se assemelha àquela das línguas orais, permitindo diferenciar os sinais dos gestos e atribuir aos sinais o reconhecimento como língua. De modo simplista, a combinação de um número restrito de sons (fonemas) cria-se um número vastíssimo de unidades dotadas de significado (palavras); e nos sinais, a combinação de um número restrito de unidades mínimas na dimensão gestual (queremas) pode-se produzir um grande número de unidades com significados (sinais). Além disso, o uso da língua de sinais ativa o hemisfério esquerdo do cérebro, sendo mais um indicativo de ser uma língua e não mera codificação (Marshall, Atkinson, Smulovitch, Thacker & Woll, 2004).

A língua de sinais pode ser decomposta em três parâmetros básicos, que são a localização, a configuração e o movimento da(s) mão(s) ao realizar o sinal (Stokoe, 1978).

É preciso atentar-se, também, às expressões faciais, que mudam o sentido do enunciado (Ferreira-Brito,1995). Alguns autores, como Torres (2005), optam por descrever seis parâmetros articulatórios, a saber, queirema (forma da mão), toponema (lugar onde se faz o sinal), Kinema (movimento da mão), Kineprosema (direção do movimento), queirotropena (orientação da palma da mão) e prosaponema (expressão facial que acompanha o sinal gestual).

Além da língua própria, os defensores do bilingüismo consideram que o Surdo (S maiúsculo) possui uma identidade e uma cultura que se diferencia em alguns aspectos da identidade e cultura do ouvinte. Para manutenção desses princípios eles vivem em comunidades Surdas e, nesse sentido, as crianças Surdas não podem ser ‘inseridas’ com ouvintes. Assim, considera-se a surdez enquanto grupo lingüístico e cultural e não tanto a condição física da falta de audição (Goldfeld, 1997).

No bilingüismo, o Surdo deve ser reconhecido sob a perspectiva da alteridade, em que as identidades surdas são pensadas a partir do conceito de diferença ao invés do conceito de deficiência. Só assim seria possível chegar à especificidade do surdo, pois o desafio está na forma de examinar essas identidades e, principalmente, nas relações de poder que estão envolvidas na sua constituição. Não existe um modelo de identidade surda e ao se olhar às diferenças existentes entre os surdos percebe-se a existência de várias identidades (Perlin, 1998).

Torres (2005) citou que há mais diferenças intragrupos de surdos do que entre surdos e ouvintes. No entanto, foram encontrados poucos estudos que abordassem diferenças intragrupos. Em conversas com profissionais que lidam com surdos é comum comentarem que existem diferenças entre os grupos de acordo com a política educacional a qual foram expostos, mas não especificam quais seriam essas diferenças. Poucos estudos

têm sido conduzidos no sentido de examinar o impacto dos diferentes métodos de comunicação e educação no ajustamento psicossocial de crianças surdas (Bailly, Dechoulydelenclave & Lauwerier, 2003). Laborit (1992, citado por Sole, 2003) acredita que há uma disputa de saberes e verdades dos ouvintes que se sobrepõe a uma real preocupação com as necessidades do surdo. Essa relação, Skliar (1997) chamou ouvintismo, isto é, a transposição dos saberes do mundo ouvinte para o surdo e justificou que na relação entre eles há uma dominância do ouvinte. Considera-se que o ouvintismo advém da proximidade entre ouvintes e surdos, pressupondo que o ouvinte sempre estaria em posição de superioridade (Perlin, 1998). Assim, há uma aparente neutralidade científica que busca ocultar o problema da identidade, da alteridade e do Surdo. A escolha desses modelos educacionais discutidos (oralismo, comunicação total e bilingüismo) refletirá nas opções de escola que o filho surdo estudará, podendo optar pela escola comum, classe especial ou escola especial. Isso refletirá num ideal sobre a criança surda (Harrison, Lodi & Moura, 1997).

A escola comum também é conhecida como escola regular ou escola normal. Nessa, surdos e ouvintes estudam juntos e são expostos aos mesmos recursos, muitas vezes requer apoio fonoaudiológico, pedagógico e psicológico. A classe especial é uma sala de aula inserida numa escola comum que atende todas as crianças com algum tipo de dificuldade para acompanhar a classe regular. As classes especiais do estado se restringem ao ensino de 1ª a 4ª série e estudam juntas crianças com diferentes idades e fases do desenvolvimento, ficando a professora responsável por dar conta da demanda. A escola especial pressupõe que as crianças possuem alguma dificuldade de aprendizagem, sendo difícil traçar um perfil sobre essas escolas. Muitas vezes nessas instituições pressupõem que o surdo tem um déficit cognitivo causado pela surdez e que ele é incapaz de aprender, por isso as crianças

estudam dois anos seguidos na mesma série. Ou seja, pressupõe-se que toda criança surda possui o mesmo ritmo, o mais lento. As escolas especiais podem ser consideradas também em função da política educacional, podendo ser escola especial oralista ou escola especial bimodal, ou ainda, bilíngües (Harrison, Lodi & Moura, 1997).

Os processos de escolarização dos surdos se confundem com treinamentos que são pré-determinados culturalmente e nos quais as possibilidades do sujeito não são consideradas (Luchesi, 1997). A escolha da política educacional conseqüentemente da educação da criança surda são bastante polêmicas e antigas. “A educação da criança surda é um tema de grande complexidade que merece tratamento científico para além de ideologias estreitas e maniqueístas que prescrevem irrestritamente uma abordagem educacional como se fosse panacéia, enquanto anatemizam e proscovem as demais” (Capovilla & Raphael, 2004, p. 302).

Embora não seja objetivo do presente estudo conhecer a história da educação do surdo, este é um interessante caminho para que se possa contextualizar a surdez como ela é vista hoje. Para tal, Goldfeld (1997) e Lopes Filho (1997) descrevem um panorama histórico da surdez.

Na antiguidade, acreditava-se que os surdos não poderiam ser educados, pois para a crença da época o não falar era conseqüência do não pensar. Eles eram vistos com piedade e compaixão ou, então, como merecedores de um castigo dos deuses. Nessa segunda visão, eles eram abandonados ou sacrificados para impedir a proliferação do 'mal' (Goldfeld, 1997; Lopes Filho, 1997).

Na idade moderna, mais precisamente no século XVI, Pedro Ponce de Leon atuou como o primeiro educador de surdos. Ele tinha como método educativo o oralismo, ou seja, era preciso que os surdos aprendessem a falar e escrever. Nesse mesmo século iniciou-se

como forma de comunicação a língua de sinais, baseada na gesticulação. Sacks (1990) comenta que L' Epée fez uma combinação de sinais dos surdos com a gramática sinalizada francesa. Assim, os surdos escreviam o que o intérprete sinalizava e pela primeira vez tiveram a possibilidade de ler e escrever. A escola fundada pelo francês, em 1755, foi a primeira a obter apoio público.

O século XVIII foi o período mais fértil na educação do surdo, pois observou-se que por meio da língua de sinais eles podiam aprender e dominar diversos assuntos, tendo sido amplamente divulgada na Europa chegando, inclusive, aos EUA. De 1770 a 1820, houve o grande ímpeto da educação da libertação dos surdos que se propagou até 1870. Em seguida houve um movimento desfavorável ao uso de sinais por e para os surdos. A corrente liderada por Pereira, conhecido como o grande oralista ou 'desmudizador' da época, ganhou força em 1870, quando se acreditava que a língua de sinais era limitada à educação de surdo com surdo. O oralismo foi imposto no congresso de Milão, em 1880 (Torres, 2005).

O incentivo do uso da fala por surdos foi mais intenso a partir da década de 1960 com a criação dos aparelhos auditivos. Na década de 1970, o estímulo para o aprendizado da fala persistiu com os novos modelos de gramática e intervenção precoce e em 1980 surgiram novos desenvolvimentos na acústica dos aparelhos auditivos além de programas de computador que auxiliam na percepção da fala. Já na década de 1990, os avanços se deram em função do implante coclear e dos programas de treino auditivo cada vez mais precoce (Capovilla, 1997).

No Brasil, em 26 de setembro de 1857, foi inaugurado pelo Francês Eduard Huet o "imperial instituto de surdos e mudos", que hoje é o "instituto nacional de educação de surdos" (INES), e desde aquela época segue o método de L'pée (Federação Nacional de

Educação e Integração dos Surdos, 2006; Magalhães, 2006). Em 1957 foi o auge do oralismo, o uso da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) foi proibido em sala de aula e os familiares recebiam instruções de não usar a língua sinalizada com os surdos. Houve situações que as mãos dos surdos eram amarradas para impedir o uso dos sinais. Nessa época, não havia o trabalho do fonoaudiólogo e os professores que realizavam a oralização do surdo (Sá, 1999). Essa exigência teria começado a deixar marcas na personalidade e no desenvolvimento cognitivo e lingüístico dos surdos (Perlin, 1998).

Em janeiro de 2001, o Congresso Nacional sancionou a Lei Federal nº 10.172, que trata da implantação e generalização do ensino de LIBRAS para os alunos surdos, e na medida do possível aos seus familiares, em dez anos (Capovilla & Raphael, 2004). Em 24 de abril de 2002, foi sancionada a Lei nacional 10.436/02, em favor do bilingüismo. A lei desencadeou diversas mudanças, entre elas a massificação da língua de sinais a profissionais de diversas áreas do conhecimento, possibilitando a inclusão social dos surdos, em todo o território brasileiro (FENEIS, 2006).

2.2 – Aspectos psicológicos da criança surda

Nessa breve revisão foi possível evidenciar a busca por um sistema educacional próprio aos surdos. A adequação das políticas educacionais para surdos é essencial e sem dúvidas poderá trazer grandes contribuições para as questões da surdez. Acredita-se, no entanto, que esse processo não pode ser dissociado dos aspectos emocionais e cognitivos do desenvolvimento da criança surda.

A falta de uma linguagem traz graves conseqüências para o desenvolvimento social, emocional e intelectual. Poucos dos que perderam a audição precocemente conseguem falar e os que conseguem dificilmente possuem uma fala inteligível. A incompreensão dos

ouvintes muitas vezes faz com que os surdos se sintam inibidos e desencorajados. Além disso, a ausência de uma base lingüística compartilhada faz com que a criança fique restrita a comportamentos estereotipados que foram aprendidos em situações limitadas (Capovilla, 1997).

As interfaces médicas, sociológica, psicológica e educacional na compreensão do surdo, que consideram as condições médicas, o grau de perda auditiva, as habilidades de comunicação, a privação social, o método educacional, adaptação e suporte dos pais são imprescindíveis para uma visão holística da situação (Bailly, Dechoulydelenclave & Lauwerier, 2003; Hindley, 1997; Perier & De Temmerman, 1987). A criança surda não apresenta um modelo psicológico específico e sim um modelo de situações específicas (Decoster, 1988).

Aos surdos, tradicionalmente, foram atribuídos traços como pensamento concreto, elaboração conceitual rudimentar, baixa sociabilidade, rigidez, imaturidade emocional e outros no mesmo sentido. Essas características ora eram atribuídas às condições inerentes do surdo e ora às conseqüências da surdez (Góes, 1999). Segundo Corvera e Gonzalez (2000), é possível sustentar a premissa de perdas psicológicas para surdez. Mas, essa não seria inerente a surdez e sim gerada por conflitos sociais, ocupacionais, pedagógicos e familiares.

As discussões quanto ao desenvolvimento cognitivo de surdos sofreram grande influência com a tese de Vygotsky sobre a relação funcional entre pensamento e linguagem. O desenvolvimento intelectual dos surdos deixou de ser medido com provas intelectuais e passou a ser verificado por meio da análise de estruturas cognitivas por eles usadas. Além disso, a surdez não pode ser vista como um fenômeno a-histórico (Luchesi, 1997).

As investigações que consideraram o pensamento e a linguagem como processos independentes contribuíram para salientar que o desenvolvimento cognitivo do surdo assemelha-se ao do ouvinte e minimizar o estigma sobre eles (Góes, 1999). Corroborando com essa visão, pesquisas sugerem que crianças surdas filhas de ouvintes apresentam alto risco de problemas de comportamento quando comparadas com crianças surdas, filhas de pais surdos. Os estudos indicam que as primeiras parecem ter a auto-estima menor do que as segundas e verificou-se uma associação entre a baixa coesão familiar, a baixa adaptabilidade familiar, excesso de rigidez e baixa flexibilidade na família e a alta taxa de comportamentos problema apresentados pelos jovens (Yachnik, 1986, citado em Watson, Henggeler & Whelan, 1990). Ademais, Jambor e Elliott (2005), mencionam que a surdez como um determinante da auto-estima seria um achado inconsistente.

A falta de domínio da língua, oral ou sinalizada, por vezes é usada como meio de encobrir outros problemas como os emocionais. As dificuldades de simbolização e de passagem da infância à adolescência atribuída à impossibilidade de interrogar-se pela marca da diferença de ser surdo exige uma representação da psique, a ser realizada por cada sujeito de maneira particular, segundo sua história e a de seus pais (Carvalho, 2000; Sole, 2003). Cada pessoa, apesar de partilhar de angústias semelhantes com outros seres humanos, tem seu psiquismo estruturado de forma original (Marzolla, 1996).

Dentre as características que cada qual percebe a seu modo, uma que parece ser bastante freqüente aos surdos é o sentimento de exclusão tanto do grupo constituído pelos ouvintes quanto pelo dos surdos. Não são ouvintes por não escutarem e quando oralizados não se sentem surdos porque falam. Assim, percebe-se uma fragmentação entre o repudiado, ser surdo, e o proibido, ser ouvinte. Isto é, eles não se reconhecem como

sujeitos, dificultando uma compreensão objetiva da vida e levando-os ao questionamento sobre o que quer dizer ser surdo (Luchesi, 1997; Marzolla, 1996).

Há ainda pesquisas sobre a incidência de doenças mentais em surdos, que indicam aumento de psicoses e autismo em relação aos ouvintes. Essas são justificadas pelo impacto do diagnóstico sobre a família e a abnegação materna na constituição do sujeito que levaria a um destino identificatório deficitário e dificultada pelo prejuízo na resolução edípica na criança surda. Observou-se ainda alta frequência de pacientes com traços depressivos, alienamento e manifestações maníaco-depressivas. Esses dados levaram alguns autores a considerar a surdez como um fator de risco, pois ela geraria um disfuncionamento nos laços de apego que se encontram amplificados após o diagnóstico da surdez, afetando o desenvolvimento psicológico da criança (Virole, 1993, 1996, citados por Sole, 2003). Bailly, Dechoulydelenclave e Lauwerier (2003) mencionam a dificuldade em esclarecer a prevalência de desordens mentais em crianças e adolescentes surdos pelo fato dos procedimentos de avaliação ser verbais e padronizados para crianças ouvintes.

A surdez tem sido descrita como um obstáculo social que isola a criança da sua família e da comunidade. À luz da privação cognitiva e social, resultante da diminuição auditiva da criança, existe um risco de que essas crianças desenvolvam problemas de comportamento. Estudos caracterizam os traços de personalidade de crianças surdas como egocêntricas, sem empatia, dependentes, impulsivas, agressivas, mal-humoradas, desatentas, mais reprimidas, possessivas, irrequietas e hiperativas (Altshuler, 1963, citado por Kuhn, 1990; Kusche, Garfield & Greenberg, 1983; Freeman, Malkin & Hasting, 1975; Meadow & Schlesinger, 1973). Rainer (1996, citado por Marzolla, 1996) observou uma tendência à imaturidade, à falta de empatia e à estereotipia na consciência e no comportamento social, resposta afetiva superficial, efêmera, lábil e isolada. Entretanto há

um alerta, por vezes a descrição dos pais de surdos sobre o atraso no desenvolvimento da maturidade dos seus filhos expressam mais seus aborrecimentos do que o comportamento emocional e funcional verdadeiro da criança (Bailly, Dechoulydelenclave & Lauwerier, 2003). Além disso, há pesquisas que detectaram problemas de memória imediata, problemas motores e socioafetivos (Collin, 1985, citado por Sole, 2003) e diferenças de inteligência entre surdos e ouvintes, dizendo que o primeiro é ligado ao concreto e outro a abstração e reflexão (Marchesi, 1995).

O histórico sobre o desenvolvimento cognitivo do surdo passou por três marcos. Primeiro, em 1923, quando Pintner e Patterson utilizaram o teste da escala de execução e concluiu-se que crianças surdas eram mentalmente inferiores às ouvintes e justificaram que provavelmente a surdez também afetaria o cérebro, causando retardo mental. Em 1953, Myklebust contestou essa idéia e, a partir da utilização de provas não verbais, afirmou que as crianças surdas apresentavam o desempenho intelectual similar aos ouvintes, no entanto, eram mais vinculados aos aspectos concretos, possuíam dificuldade para generalização do pensamento e menor habilidade de pensamento abstrato, isto é, eram quantitativamente similares, mas qualitativamente diferentes. Esses achados levaram a constituição de uma psicologia da surdez. Na década de 1960, Rosestein (1961, citado por Moores, 1982) e Vernon (1967, citado por Moores, 1982) afirmaram que as atividades cognitivas de surdos e ouvintes são iguais e que a falta da oralidade não impediria o desenvolvimento intelectual.

Diante disso, Lane (1992) elaborou uma lista de adjetivos que são atribuídos aos surdos por meio de técnicas psicometricas, entre elas agressividade, depressão, imaturidade, ser explosivo e as definiu como “paternalismo”. Para ela não são descrições objetivas e sim estereotipadas, pautada numa psicologia positivista, comportamentalista e psicométrica.

Questiona o domínio do avaliador em língua de sinais e mesmo que esse a tenha, crítica o fato da normatização dos testes terem sido desenvolvida para ouvintes. E vai além, afirmando que são estabelecidas para uma classe média, desenvolvida e educada, que teria um diagnóstico mais promissor que os dos sujeitos surdos. O radicalismo da autora perpassa pela prática clínica, ao questionar psicoterapeutas ouvintes, escutando os sofrimentos e angústia das pessoas surdas e diz que as emoções e sentimentos do surdo não poderiam ser compreendidos em teorias para as pessoas ouvintes.

Os surdos têm o mesmo potencial e capacidades que os ouvintes para escrita, raciocínio lógico e outras habilidades necessárias para o aprendizado. Para que isso ocorra naturalmente é preciso considerar as especificidades da surdez, tais como a perda auditiva, a limitação ao acesso à língua oral e a forma diversificada de captar o mundo (Harrison, Lodi & Moura, 1997).

A necessidade de evitar ou reduzir erros nos diagnósticos e prognósticos de crianças surdas justifica os esforços de diagnóstico precisos para uma intervenção mais adequada (Perier & De Temmerman, 1987). Na avaliação das crianças com prejuízo auditivo há alguns problemas, entre eles o fato de que algumas crianças com prejuízo auditivo são expostas a uma linguagem imatura e com isto aumenta a dificuldade para estabelecer o rapport, já que as crianças não entendem os comandos verbais. Muitos autores pontuam a falta de habilidade de comunicação e de experiências com crianças com prejuízo auditivo como um agravante nas situações de avaliação dos surdos (Bailly, Dechoulydelenclave & Lauwerier, 2003). Além disso, o uso de técnicas verbais revela principalmente uma falha no domínio do código lingüístico ao invés dos aspectos intelectuais e emocionais (Kuhn, 1990).

Capítulo 3 - Testes psicológicos como alternativa para se conhecer aspectos emocionais e cognitivos de surdos

O panorama descrito revela dificuldades em lidar com surdos para saber como se sentem e se organizam, bem como a necessidade de avaliações mais precisas sobre os aspectos da surdez. Klepsch e Logie (1984) apontaram o uso dos desenhos em crianças com problemas de expressão oral, dizendo que poderiam servir como um veículo de expressão para crianças surdas. A técnica do Desenho da Figura Humana (DFH) pode ser um eficaz canal de expressão para crianças surdas, considerando que é uma técnica não-verbal, de rápida aplicação e sem característica escolar, minimizando o não envolvimento com a tarefa e as limitações da impaciência e dificuldade de manutenção da atenção. A técnica das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) apresenta as mesmas facilidades que o DFH e fornece informações sobre “a dinâmica emocional tanto em relação aos afetos e defesas quanto em relação ao nível de maturidade da sua expressão no mundo das relações” (Villemor-Amaral, 2002, p. 51), podendo ser útil como instrumento adequado para caracterização da dinâmica interna do surdo, quando utilizado por bons avaliadores (Souza, 1986).

3.1 Desenho da Figura Humana (DFH)

Conforme já mencionado, o DFH é uma técnica bastante útil quando a pessoa não consegue verbalizar seus pensamentos e sentimentos, seja por questões emocionais ou orgânicas. Em se tratando de crianças, é uma técnica de boa aceitação, pois a maioria das crianças gosta de desenhar, e de aplicação rápida, durando aproximadamente 15 minutos. Assim, o desenho da figura humana é um bom recurso para crianças expressarem aspectos de sua personalidade, “considera-se aqui o DFH como um retrato interior da criança em um

momento dado” (Koppitz, 1976, p. 18).

Numa revisão sobre os principais autores que estudaram o DFH com diferentes perspectivas Buck (1948) e Machover (1949) sistematizaram suas observações conferindo-lhe um caráter projetivo à luz da interpretação psicanalítica; Koppitz (1973) investigou o valor preditivo do DFH no desempenho escolar; Haddad e Juliano (1991), Groves e Fried (1991), Hutz e Bandeira (1993) apresentaram pesquisas com dados de avaliação no nível de maturidade mental pelo DFH, citados por Andrade (1979).

Numa ampla revisão teórica, Sarti (1999) considerou que os estudos com o objetivo de estabelecer normas, validade e fidedignidade, no Brasil, podem ser atribuídos a Lourenção Van Kolck (1966, 1971, 1971 a, 1972, 1973, 1974, 1976), Alves (1979, 1986), Hutz e Antoniazzi (1995), Wechsler (1996). Além de seu próprio trabalho, que desenvolveu um estudo de precisão do DFH, na versão de Koppitz, publicada em 1976 (Sarti, 1999).

Rae e Hyland (2001) realizaram um estudo de fidedignidade teste re-teste, considerando a teoria clássica e a de habilidades de generalização. Participaram 85 escolares, 45 meninas e 40 meninos, com idade entre 8 anos e 1 mês e 9 anos e 7 meses. Todas as crianças foram avaliadas em duas situações diferentes, havendo intervalo de 2 semanas entre elas. Todos os desenhos foram realizados num tempo inferior a 15 minutos. Os testes foram codificados por 4 juízes que atribuíram + 1 aos itens excepcionais e -1 na ausência dos itens esperados, os itens comuns e inusuais foram ignorados. Citaram uma pequena discordância entre juízes, justificada pelo curto período de treinamento deles, os níveis de padronização/habilidade de generalização foi satisfatória.

Abell, Von Briesen & Watz (1996) avaliaram o sistema de escores de Goodenough-Harris (1963) e Koppitz (1968) do Desenho da Figura Humana para avaliação das

habilidades intelectuais das crianças. Foram comparados as pontuações nos desenhos de 125 crianças, idade entre 5 e 15 anos, com suas performances na escala revisada de inteligência Wechsler para crianças (WISC-R). Em seguida foi separado um grupo de 74 crianças com idade de 5 a 12 anos. Os desenhos foram comparados com o desempenho na escala de inteligência Stanford-Binet, forma L-M. Ambos os sistemas de correção do DFH tiveram correlação altamente significativas com o WISC-R e com Stanford-Binet, sendo que o Goodenough-Harris apresentou maior poder de correlação com o QI do WISC-R que Koppitz (1968). Este estudo corrobora com os achados de Fabry e Bertinetti (1990), que também correlacionaram os mesmos testes em 31 crianças, com idade entre 6 e 10 anos encontrando correlações positivas.

Num breve histórico sobre a técnica, entre 1900 e 1915, o DFH era considerado como técnica de medir a maturidade dedutiva ou intelectual da criança (Klepsch & Logie, 1984). Florence Goodnough organizou o teste do boneco, em 1925, o qual permite a avaliação do nível mental infantil. Para tal, estudou o desenho de milhares de crianças com idade entre 2 e 15 anos, partindo do pressuposto que o teste seria capaz de captar a evolução dos repertórios das crianças no decorrer de anos. A escala foi sendo aperfeiçoada no decorrer dos anos, após 5 revisões obteve uma versão final com 51 itens. Vários psicólogos clínicos e psiquiatras usaram o teste de Goodenough e verificaram que o desenho oferecia indicações seguras para diagnóstico e prognóstico de traços da personalidade (Campos, 1973). Machover (1949) atribuiu um caráter projetivo à técnica por meio de observações clínicas sobre a representação gráfica de figuras humanas desenhadas por crianças e adultos com diversos problemas psicológicos.

Os princípios de interpretação, da técnica projetiva, foram obtidos mediante o uso de várias fontes de evidência como história clínica e informações acerca do examinando,

pareceres psiquiátricos e psicológicos, associações livres, traduções de símbolos mediante análise funcional e comparação de um desenho com outro desenho numa série, ou de desenhos e dados obtidos mediante o uso de testes em concomitância com o estudo de traços característico dos desenhos (Hammer, 1981; Machover, 1967). Há quatro indicações de uso do DFH para crianças, sendo elas medida de personalidade, que considera a individualidade e como o desenhista se vê; medida do *self* em relação aos outros, quando a criança se desenha em relação a um grupo; medida de valores grupais, em que os desenhistas tendem a descrever as pessoas mais admiradas por eles e medidas de atitudes, quando a criança desenha pessoas específicas é possível verificar como ela se comporta junto a essas pessoas (Klepsch & Logie, 1984). O DFH, deste modo, pode expressar tanto fatos reais acerca de si mesmo, como a realização de desejos, ou ainda, ser um reflexo da percepção das pessoas significativas do ambiente do examinando (Hammer, 1981).

Campos (1973) desconsiderou o DFH como produto de uma estética particular e considera a expressão do modo como a criança percebe e compreende o mundo. Para tal, é necessário que o psicólogo conheça bem as várias possibilidades de apresentação de cada sinal ou traço do desenho. Nenhum traço tem significado isoladamente e é preciso ver a impressão global, intuitiva e predominante de psicólogos experientes e saber fazer uso adequado das numerosas variáveis a serem analisadas (Van Kolck, 1968).

Seguindo essa linha, Hammer (1981) distingue a análise do DFH sob dois enfoques, o primeiro é voltado para os aspectos expressivos dos desenhos e o segundo destina-se aos projetivos. Os aspectos expressivos consideram a seqüência, que se vincula aos impulsos, controle, defesa e adaptação; tamanho, oferece pistas a respeito da auto-estima, expansividade, adequação, agressividade e sentimentos de inferioridade; a pressão sugere aspectos referentes ao nível de energia do indivíduo; os traços, controle, impulsividade,

inibição, dependência emocional; os detalhes, sentimentos de vazio e energia; simetria indica aspectos voltados à segurança, rigidez; a localização, tendem a representar rigidez, controle, dependência, estabilidade, esforço, segurança, adequação e autoconfiança e movimento, que é considerado um aspecto bem visto. Van Kolck (1968) afirmando que na interpretação dos aspectos expressivos e projetivos, o psicólogo busca, de forma simplista, a representação do indivíduo no desenho e do ambiente no papel.

Ao apresentar os aspectos projetivos do desenho, Hammer (1981) afirma que as atividades psicomotoras do sujeito ficam gravadas no papel. A linha feita pode ser firme ou tímida, incerta, hesitante ou audaciosa, ou pode consistir num ataque selvagem ao papel. De modo semelhante, a percepção consciente e inconsciente do sujeito em relação a si mesmo e às pessoas significativas do seu ambiente determina o conteúdo de seu desenho. De um modo resumido pode-se dizer que a cabeça expressa as necessidades sociais e responsabilidades, sugerindo aspirações intelectuais, incitamento para o controle racional dos impulsos ou a elaboração da fantasia da personalidade. Geralmente é a primeira parte a ser desenhada. Os olhos são importantes no delineamento da feição e se relacionam à comunicação social. O nariz, o cabelo e a boca possuem significado sexual. O nariz castração, o cabelo vitalidade sexual e a boca uma zona erógena. Outros traços do corpo, como busto, pernas, cintura e pescoço também são analisados (Machover, 1967).

O conflito pode ser expresso de várias maneiras. A postura corporal, a expressão facial, a qualidade da linha e outros aspectos revelam até mesmo os aspectos que as pessoas tentam esconder, compondo detalhes relevantes para impressão do conjunto por meio dos quais a personalidade pode se manifestar. No nível mais profundo poderá surgir o sombreado indicativo de ansiedade, ou então, a transparência forma mais patológica (Hammer, 1981; Machover, 1967). É preciso observar todas as zonas gráficas que tenham

recebido um tratamento especial e depois inferir os conflitos inerentes a zonas corporais, etapas de desenvolvimento correspondentes a essas zonas (Grassano, 1996).

Neste estudo consideram-se duas correntes de estudiosos do DFH, uma que considera o desenho como um teste evolutivo de maturação mental e outra que estuda o desenho enquanto técnica projetiva na qual buscam-se necessidades inconscientes, conflitos e traços de personalidade.

Koppitz (1976) desenvolveu um sistema de escore para estimativa de Q.I., partindo do pressuposto de que, conforme as pessoas ficam maduras, seus desenhos refletem mudanças no seu desenvolvimento. Considera que quando aplicado em crianças de mesma idade possibilita verificar diferenças no detalhamento e elaboração do desenho. Quanto melhor a elaboração do desenho, melhor seria o desenvolvimento da criança. Os indicadores emocionais refletem as ansiedades, preocupações e atitudes da criança e não estão relacionados com a idade e maturação dela. Dessa maneira, surge pela primeira vez, um sistema qualitativo objetivo de avaliação do DFH para o diagnóstico de problemas de aprendizagem e distúrbios emocionais (Koppitz, 1976).

O sistema de avaliação do DFH de Koppitz (1976), que tratou o teste tanto como técnica projetiva quanto como teste de maturação mental, parte do pressuposto de que há um conjunto de sinais encontrados no desenho que se relacionam as atitudes e preocupações da criança. Esses sinais foram denominados indicadores emocionais. Há outros indicadores que são pouco encontrados nos desenhos de crianças com menor idade e que se tornam relativamente comuns conforme a idade da criança aumenta, constituindo os itens evolutivos. Tem ainda o conjunto de itens esperados, nos quais se considera significativa sua ausência, pois a inexistência indicaria imaturidade excessiva, atraso ou regressão por causa de problemas emocionais.

Os itens esperados são aqueles que ocorrem com frequência superior a 86% nos DFHs e na ausência recebem a pontuação -1, sendo o valor máximo permitido por protocolo -5. Já os itens excepcionais ocorrem em menos de 16% dos casos e quando presentes recebem a pontuação +1. Os itens comuns e inusuais não usados para o cálculo do nível de maturidade mental (Koppitz, 1968; Rae & Hyland, 2001). Além disso, Koppitz (1976) considerou desnecessário solicitar à criança desenhar 2 vezes a pessoa, pois conforme já havia sido observada por Hickey, em 1965, geralmente a criança desenha o próprio sexo primeiro e mantém a qualidade do desenho na segunda.

Ao notar que os diversos sistemas criados para correção do DFH foram sofrendo alterações e perderam as características iniciais propostas em 1925 por Goodenough, Sisto (2005) normatizou uma nova escala que valoriza os itens inicialmente proposto pelo autor. Sisto (2005) entende a inteligência como extensão de algumas características biológicas, que teriam a função de organização e adaptação. Deste modo, acredita-se que o processo de desenvolvimento é marcado por etapas constantes que acontecem numa seqüência independente de aspectos culturais. Esse desenvolvimento seria registrado nos desenhos infantis que se tornariam mais objetivos, com mais pormenores e em consonância com sua observação visual, deste modo a criança usa mais as informações disponíveis em seu sistema cognitivo.

Sisto (2005) contou com uma amostra de 2995 crianças que fizeram os desenhos. Destes foram eliminados 8,18% dos protocolos pela ausência de cabeça, perna ou braço. O estudo resultou numa escala de 30 itens, semelhantes ao original de Goodenough, que também será usada na presente pesquisa por ser uma versão recente do instrumento e adaptada para uma amostra da população brasileira. Além disso, os estudos têm demonstrado boas evidências de validade da escala.

Com o objetivo de analisar evidências de validade de constructo e de critério entre as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM) e o DFH-Sisto, Marín Rueda (2005) realizou um estudo com 279 crianças com 7 a 10 anos, 48,6% meninos e 51,48% meninas, de 1ª a 4ª série do ensino fundamental de uma escola do interior paulista. Utilizou-se dos dois testes mencionados. A aplicação foi coletiva, não excedendo 25 alunos por sala sempre com dois aplicadores que tinham conhecimento sobre a aplicação do teste. Para correção da MPCR atribuí-se 1 para acerto e 0 para erro e a pontuação total foi a soma de acertos, já para o DFH atribuí-se 1 para presença do item e 0 para ausência do item. Esse estudo contribuiu para evidência de validade pela diferenciação cronológica, para verificar que o DFH-Sisto mede parte do mesmo constructo que o CPM e não serve como medida paralela deste. Além disso, o DFH-Sisto apresentou diferenciação por grupos contrastante e garantiu avaliação das inteligências inferiores e também das elevadas.

Alguns estudos investigam o DFH como indicador de ansiedade. Handler e Reyher (1965) revisaram 52 estudos do DFH, com referencia a 21 índices de ansiedade. As pesquisas encontradas que usavam interpretação clinica tradicional foram categorizadas em “de acordo”, “desacordo” e “não significante”. Nos resultados, os indicadores de ansiedade elevada foram: omissão, distorção, perda de detalhes, maior pressão na linha, traçado forte, tamanho pequeno ou grande, cabeça pequena e corpo pequeno e evidências de menor consistência para reforço, descontinuidade da linha, linha leve, figura inclinada, ausência de contorno e transparência.

Engle e Suppes (1970), para avaliar a validade do desenho da figura humana como medida de ansiedade e estudaram 27 indicadores que produzem um escore total. Participaram 57 meninas e 76 meninos de 5ª e 6ª série, que realizaram o DFH, um teste de ansiedade, um questionário de defesa e uma tarefa de solução de problemas. Os escores

totais do DFH se correlacionaram com o auto-registro de ansiedade, defesa e latência de resposta em solução de problemas tendo um pequeno valor de predição. Johnson (1971) considerou os indicadores sombreado, uso da borracha e reforço das linhas de 103 participantes pós-graduados. Foram usados os DFHs e uma escala de ansiedade. Não foram encontrados dados significativos que confirmassem os indicadores de uso da borracha e reforço da linha. Mas, encontrou relação com o tipo de sombreado. Prytula (1975) escolheu 30 estudantes de 5ª e 6ª série com alto índice de ansiedade e 30 com baixo índice de ansiedade de um grupo de 300 sujeitos que foram examinados pela Escala de ansiedade geral em crianças. Esses escores foram medida critério de traço de ansiedade para o DFH. Desenharam homem, mulher e o próprio sujeito. Não foi encontrada relação significativa.

As pessoas com defeitos físicos demonstram reações de complexo e a imagem corporal é expressa. A pessoa necessariamente se refere a imagem que faz de si e das outras pessoas, projetando aspectos físicos de auto-imagem e psicológicos. São relativamente populares as tentativas de consubstanciar a tese da projeção no desenho pelo estudo dos incapacitados sensorial e fisicamente. Pode-se citar o estudo de Bender, 1952, que verificou que crianças com um grave defeito físico muitas vezes o retratam em seu desenho de uma pessoa. As pessoas surdas ou com alguma anormalidade auditiva, emprestaram com maior frequência, uma atenção especial ao desenho do ouvido, enfatizando-o de alguma forma (Hammer,1981; Machover, 1949).

Celli (1974) objetivou comparar o ajustamento emocional de meninas surdas a ouvintes. Para tal, utilizou o desenho da figura humana considerando os indicadores emocionais de Koppitz (1968), que refletem as ansiedades, preocupações e atitudes da criança e não estão relacionados com a idade e maturação dele, e os indicadores de ansiedade de Handler (1957). Participaram da pesquisa dois grupos de 30 meninas, entre

7,6 e 12,5 anos, surdas institucionalizadas e ouvintes. Os dois grupos foram emparelhados de acordo com sexo, idade, nível socioeconômico e escolaridade. A conclusão obtida foi de que crianças surdas não diferiram das ouvintes em relação aos indicadores emocionais e não se comprovou a validade da Escala de Handler, pois o total de indicadores não distinguiu os dois grupos. Os procedimentos de pesquisa não foram descritos, o que dificultou a compreensão de alguns resultados que pareceram desconectados do objetivo mencionado. Mesmo assim é citado no presente trabalho por ser um dos poucos estudos que trata sobre a personalidade de crianças surdas.

Celli (1978) se propôs a comparar os indicadores do DFH de Koppitz (1968) entre escolares atípicos (poliomelíticos dos membros inferiores, diabéticos, surdos e cardiopatas). Os objetivos eram verificar se há diferenças na projeção da imagem corporal, se os indicadores emocionais se manifestam de forma diferente entre os grupos, verificar se há diferenças entre as anomalias e o sexo dos sujeitos, se os atípicos aparentes (poliomelíticos e cardiopatas) se diferenciam dos não aparentes (diabéticos e surdos) e quais os indicadores permitem discriminar as crianças com distúrbios de comportamento das “normais”. Para tal, a amostra foi composta por 4 grupos de 30 sujeitos de ambos os sexos, idade entre 7 e 12 anos com as deficiências orgânicas e emparelhados quanto a idade, sexo e nível socioeconômico e 30 crianças não portadoras de deficiências orgânicas.

Foram comparados os cinco grupos entre eles e somente um apresentou diferença significativa. Ao comparar entre os escolares atípicos, somente um se diferiu dos demais. Em seguida fez-se a comparação entre grupos, atípicos aparentes e não aparentes. Não foi encontrada diferença significativa. Entre o grupo não aparente, os diabéticos tiveram maior desajustamento que os surdos e entre o grupo de aparente, os poliomelíticos tiveram maior desajustamento que os com cardiopatias. Quanto aos principais indicadores que

diferenciaram os grupos foram ‘integração pobre das partes’, entre os cinco grupos; ‘sombreamento da face’, maior frequência em poliômélicos, revelando uma deterioração da auto-imagem. E diferenciando os demais grupos há ‘braços curtos’, diferenciou os cinco grupos entre si; ‘mãos omitidas’, diferenciou os 5 grupos entre si; ‘ausência do nariz’ diferenciou normais e atípicos e atípicos aparentes de não aparentes; ‘ausência de tronco e pescoço’, atípicos e não aparentes. No que se refere a diferenças de projeção, no DFH, em relação aos sexos e anomalias. No grupo de atípicos, houve mais indicadores de desajustamento; no grupo controle não houve relação entre sexo e desajustamento emocional; no grupo de poliômélicos, diabéticos, cardiopatas e surdos profundos não há relação entre sexo e o desajustamento, no entanto, há diferenças significativas ao considerar todos os grupos (Celli, 1978).

Podem-se citar também os artigos de Cardia, Cariola e Palamin (2001) e Maldonado, Cariola, Yamada e Bevilacqua (2002). No primeiro estudo, o DFH foi usado para verificar os níveis de ansiedade de nove crianças surdas, de 9 a 12 anos, ambos os sexos, antes e depois de um processo de arteterapia. As crianças foram avaliadas pelo DFH e depois passaram por 15 sessões semanais de 1 hora e meia de arteterapia. Após as sessões, o DFH foi re-aplicado. Os resultados apontaram para uma redução nos indicadores de ansiedade, em ambos os sistemas, superior a 50%. Levando Cardia, Cariola e Palamin (2001) a concluir que a arteterapia é um recurso interessante para ser usado com surdos e que o DFH foi um importante instrumento para auxílio de diagnóstico e medida.

Maldonado, Cariola, Yamada e Bevilacqua (2002) tiveram o objetivo de verificar possíveis dificuldades emocionais de crianças com deficiência auditiva usuárias de implante coclear e compará-las com o rendimento escolar. Foram comparados os rendimentos de 10 crianças de ambos os sexos, idade entre 7 e 12 anos, com deficiência

severa a profunda, de diferentes etiologias, que receberam implante coclear multicanal. Aplicou-se o DFH nesses participantes e comparou os indicadores emocionais com as notas escolares, considerando-se satisfatório um rendimento acima de 50%. Os indicadores emocionais mais encontrados foram integração pobre das partes, figura pequena ou delgada e mãos cortadas, que indicam respectivamente, má coordenação motora e imaturidade emocional, timidez e introversão, e dificuldade de contato. Todas as crianças tiveram um rendimento escolar satisfatório. Discutiu-se que não é possível generalizar que toda criança surda tem problemas emocionais (apenas 40% apresentaram indicadores suficientes para inferir problemas emocionais) e conclui que a ausência de indicadores emocionais nas demais crianças poderia ser atribuída ao uso do implante coclear, que promoveria uma melhora no desenvolvimento da linguagem, desenvolvimento social e cognitivo, bem como que essa pesquisa reforçaria a importância do uso do DFH no contexto da surdez.

O delineamento dessa pesquisa apresentou alguns problemas que dificultam chegar ao resultado mencionado pelo autor. Uma dessas limitações é que os critérios para considerar o rendimento escolar satisfatório são imprecisos na medida em que cada escola adota um critério de rendimento escolar diferente da outra. Além disso, essa pesquisa não permite destacar a importância do uso do DFH no contexto da surdez, pois não foi realizado um estudo de validade para afirmar isso.

3.2 Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC)

O TPC é uma técnica projetiva, desenvolvida pelo suíço psicólogo, coreógrafo e arquiteto Max Pfister, em 1951. Na época, ele observou a relação das cores com estados ou reações emocionais correspondentes. Foi a partir de vivências como essa que Pfister elaborou o TPC. A forma geométrica da pirâmide, escolhida pelo arquiteto, não podia ser

melhor, pois a pirâmide é a forma geométrica que mais facilita o aparecimento de boas configurações, com a possibilidade de apresentar qualidades gestálticas sofisticadas (Villemor-Amaral, 2002).

Entretanto, quando Pfister desenvolveu o TPC pouco havia de científico no material, até que um grupo de Freiburg, chefiado pelos psicólogos Robert Heiss e Hildegard Hiltmann, propôs algumas alterações atribuindo o caráter científico que faltava a técnica (Villemor Amaral, 1966). Em 1966, o psicólogo Fernando Villemor Amaral publicou o primeiro estudo de adaptação e validação da técnica para uma amostra brasileira, no qual introduziu algumas modificações, entre elas ter ao menos seis esquemas de pirâmides disponíveis e cerca de 40 a 45 quadriculos de cada tonalidade, permitindo que o examinando interessado em manter um padrão de tonalidade na composição das pirâmides o pudesse fazer (Villemor Amaral, 1978).

Em 1973, Villemor Amaral realizou novas pesquisas de normatização do instrumento. Nessa época, a técnica já era reconhecida e tinha ampla aceitação em clínicas, em seleção de pessoal e em outros campos da psicologia (Villemor-Amaral, Primi, Farah, Cardoso & Franco, 2003; Villemor-Amaral *et al.*, 2004). Observou-se, entretanto, uma queda na utilização da técnica após ter se esgotado os manuais da segunda publicação, realizada em 1978, por Villemor Amaral. Eram escassos os estudos utilizando a técnica de Pfister e raros os que se preocupavam com a validade diagnóstica do instrumento. Villemor-Amaral *et al.* (2003) publicaram um estudo que contribui para o valor normativo da técnica, em que foi considerado a frequência das cores e os valores obtidos apresentaram-se muito semelhantes com os observados na segunda publicação do manual, 25 anos antes. Na mesma pesquisa foram verificadas evidências de validade referentes à frequência de síndromes cromáticas e ao aspecto formal, que não haviam sido enfatizados

em estudos anteriores.

As vantagens do TPC são evidenciadas pelo fato de ser uma técnica não-verbal, com características lúdicas, que requer um tempo curto de aplicação (de 15 a 20 minutos) e pode ser aplicado em qualquer pessoa com idade superior a 7 anos. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação, na qual é solicitado que o testando preencha um esquema de pirâmide com quadrículos coloridos de diferentes tonalidades para que fiquem bonitas ao seu gosto. Após o preenchimento da primeira pirâmide é solicitado que preencha outra e depois uma terceira pirâmide. Ao término da terceira pirâmide preenchida é realizado um inquérito para verificar a preferência do examinando pelas pirâmides (Villemor-Amaral, 2005).

Recomenda-se que os dados sejam analisados com base nos indicadores processo de execução, que reflete o modo como a pessoa aborda a tarefa e sendo classificada com as categorias execução metódica e sistemática, execução ordenada, execução desordenada e execução relaxada; modo de colocação, que indica a maneira como a pessoa dispõe as cores sobre o esquema de pirâmide e se dispõe nas categorias colocação ascendente, descendente, direta, alternada, simétrica, diagonal, em manto e espacial; aspecto formal, relativo ao controle racional que o indivíduo tem sobre os afetos e emoções, que pode ser configurado nos aspectos tapete (puro, desequilibrado, furado ou com início de ordem), formações (em camada, simétrica ou alternada) e estrutura (simétrica, em escada, em manto, assimétrica dinâmica ou em mosaico); cores, que considera o grau de funcionamento cognitivo sobre o estímulo emocional e cada cor, quando relacionada a outras cores e indicadores permitem interpretações relativas a afetividade; fórmula cromática, que se refere a incidência de cores na seqüência das três pirâmides e permite verificar tanto a estabilidade das escolhas como a amplitude cromática relativa ao grau de abertura aos estímulos que a pessoa apresenta;

cores por dupla e síndromes cromáticas, que refletem aspectos emocionais e devem ser considerados em relação ao conjunto de itens anteriores (Villemor-Amaral, 2005).

As cores no teste de Pfister se apresentam em relação à frequência, arranjo seqüência e persistência das cores (Van Kolck, 1968). De modo sucinto, atribui-se ao verde a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos; ao azul o controle e adaptação; ao vermelho a extroversão, irritabilidade, impulsividade e agressividade; ao amarelo extroversão mais bem canalizada e melhor adaptada ao meio; laranja, ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade; marrom extroversão vinculada a uma esfera mais primitiva dos impulsos; violeta tensão e ansiedade. Enquanto o preto, o cinza e o branco são denominados cores acromáticas. O preto vincula-se a defesas contra os estímulos, que conduziriam à perda do equilíbrio, o branco representaria uma estabilidade precária vinculada a um vazio interior e fragilidade estrutural e o cinza a uma carência afetiva e sentimento de vazio, ansiedade, insegurança e impressão dos afetos (Villemor-Amaral, 2005).

Os indicadores permitem que se conheçam aspectos da dinâmica afetiva e emocional, bem como das funções estruturais e cognitivas do examinando. Ou seja, o teste permite verificar se o examinando reage aos estímulos emocionais com menor ou maior controle das funções cognitivas (Villemor-Amaral, 2005).

Não é demais lembrar que um indicador isolado não traz informação sobre o examinando. É preciso considerar o contexto de aplicação e o conjunto de indicadores para que se possa ter uma visão integrada dos aspectos mencionados. Além disso, quando se tem um objetivo de psicodiagnóstico e seleção, entre outros, é preciso que a técnica seja relacionada a outros métodos de avaliação.

Ginsberg, 1959, citado por Van Kolck (1972), correlacionou o TPC com outras

provas de personalidade, entre elas o Rorschach, para verificar sua validade. Após fazer análises às cegas do Pfister e comparar os dados obtidos com os testes de Rorschach encontrou resultados animadores, embora não especifique quais.

Oliveira, Pasian e Jacquemim (2001) compararam grupos de surdos institucionalizados e não institucionalizados e verificaram diferenças na produção de tapetes e estruturas. Costa (2004) teve o objetivo de verificar a correlação entre o aspecto formal do Pfister e o desempenho em provas de raciocínio da BPR-05. Realizou os dois testes e verificou que aqueles que tinham pelo menos uma pirâmide com o aspecto formal estrutura tiveram melhor desempenho na BPR-05, demonstrando que é preciso um nível intelectual mais elevado ou maior capacidade de controle lógico para elaborar estrutura. Em paralelo os indivíduos que não usaram tapete tiveram melhor desempenho na BPR-05 em relação aos que fizeram pelo menos 1 tapete. Além disso, a produção de tapetes sugere perturbação emocionais de acentuada imaturidade em adulto ou crianças (Villemor Amaral, 1978).

Foram realizadas exaustivas buscas de referencias sobre o uso do Pfister no contexto da deficiência auditiva. Na literatura internacional não houve achados, enquanto, no Brasil, localizaram-se as dissertações de Souza (1986), Kuhn (1990) e o artigo de Souza, Duarte e Cordeiro (1991).

Souza (1986) teve o objetivo de verificar se o TPC permite caracterizar a personalidade de deficientes auditivos, bem como verificar se há relação entre as variáveis do grau de perda auditiva, influência no nível intelectual e o desempenho no Pfister. Participaram 102 deficientes auditivos de 13 a 20 anos, educados pela oralização e comunicação total, destes 53% não sabiam mencionar a época de aparição da perda, 26,5 % era congênita e 13% antes dos 2 anos de idade. Eles foram divididos de acordo com a perda

auditiva e com a inteligência, primeiro considerou-se a perda superior ou inferior a 80 dB que foi mensurada por meio do audímetro AMPLIVOX e depois, utilizou-se o teste de inteligência não verbal INC-C de Weil e Nick publicado em 1971, considerando o percentil 40 para diferenciar os grupos. Os participantes foram comparados com o padrão teórico proposto por Villemor Amaral em 1978.

Verificaram que nos surdos estudados há grande dificuldade para lidar com a afetividade e expressar seus sentimentos (síndromes de cores vivas↓), bem como dificuldade de elaboração interna (Az↓, Vd↓, ci↑) de forma que a afetividade é projetada no mundo de maneira superficial e insegura (cores esbranquiçadas↑, ci↑), apesar de um forte desejo de uma adaptação afetiva estável e satisfatória (ci↑), além da dificuldade em lidar com os estímulos afetivos e expressar a afetividade, valendo-se de mecanismos repressores para contê-la. Apesar disso, o equilíbrio emocional encontra-se dentro dos padrões médios (síndrome normal +/-). Ao comparar os resultados entre os surdos, de acordo com a perda auditiva, não foram verificadas diferenças significativas entre os dois grupos. No entanto, ao levar em conta o nível intelectual, observaram-se algumas diferenças, tanto entre eles como entre cada um dos dois grupos com o padrão teórico de Villemor Amaral (1978). Os surdos com melhor desempenho não se utilizam em tão larga escala de repressões e mecanismos de controle natural, provavelmente por possuírem melhor adaptação por intermédio dos mecanismos de controle racional (Souza, 1986). Entretanto, é importante ressaltar que a pesquisa lidou com conceitos vagos e não estabeleceu parâmetros para afirmar seus resultados.

Kuhn (1990) teve o objetivo de caracterizar os aspectos afetivo-emocionais e intelectuais em um grupo de crianças com surdez neurossensorial profunda (SNSP) por meningite bacteriana sem outros comprometimentos orgânicos ou mentais. Para tal avaliou

15 crianças surdas de 5 a 12 anos, sendo 10 meninos e 5 meninas e um grupo controle de 20 crianças, mesma idade, sendo 9 meninos e 11 meninas, utilizando as técnicas não verbais do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, segundo a concepção Schaie e Heiss (1964), em que é sugerido que sejam aplicadas duas séries de pirâmides, 3 bonitas e três feias, e o teste especial das matrizes progressivas de Raven (1951). O teste foi aplicado conforme sugestão do manual, o qual a autora chamou “sem pesquisa de atenção”, e depois às questões que foram respondidas incorretamente foi informado que havia algum erro na resposta e dada nova chance acerto, denominado procedimento “com pesquisa de atenção”.

Concluiu que as crianças surdas se caracterizaram por uma forma mais impulsiva de expressar (Vm↑) e mobilizam menos defesas inibidoras e repressoras (Ci↓, Pr↓ e síndrome acromática↓) em relação ao grupo controle. Sugere-se, ainda, que ao se tratar da evolução afetivo-emocional, as crianças com surdez evidenciam personalidade em diferenciação (Tapetes↓ e Formação em camada↑). Quanto aos resultados no teste de Raven, as surdas tiveram um desempenho abaixo na aplicação “sem pesquisa de atenção” (níveis inferior e médio), indicando um rebaixamento intelectual em relação aos ouvintes (níveis superiores), que obtiveram bom número de acertos. No entanto, após as instruções “com pesquisa de atenção” obtiveram um desempenho intelectual significativamente melhor, 66,7% de melhora deslocando-se do nível inferior e médio para o superior. Contudo, acredita-se que a pesquisa de atenção interfere significativamente no desempenho das crianças surdas (Kuhn, 1990).

Souza, Duarte e Cordeiro (1991) publicaram os achados referentes ao desenvolvimento afetivo de surdos de acordo com sua perda auditiva. Utilizaram-se, para tal, do estudo já descrito de Souza (1986) com a técnica de Pfister.

Após a apresentação das técnicas e das escassas pesquisas que utilizaram das técnicas com os deficientes auditivos, acredita-se estar claro que o DFH e o Pfister se apresentam como técnica vantajosa por ser aplicável a sujeitos com baixa escolaridade, classe socioeconômica, compreensão e pronúncia da fala e que pode ser utilizado independente da timidez, retraimento ou orientação mais concreto do examinando (Campos, 1973; Hammer, 1981). Ademais, os estudos do DFH e TPC com surdos usaram os instrumentos para caracterização da amostra, sem se preocupar com as qualidades psicométricas dos instrumentos. Deste modo, fizeram afirmações sobre a personalidade dos surdos sem ter clareza sobre a validade dos indicadores.

Visto que ambas são técnicas não verbais que possibilitam as manifestações simbólicas dos sentimentos de quem os executa, apresentando como a pessoa percebe a si mesmo e as pessoas que a cercam, este trabalho pretende investigar o uso dessas técnicas projetivas no contexto da surdez. Parte-se do pressuposto que independente dos profissionais conceberem o surdo como deficiente ou diferente é nítida a importância de buscar evidências de validade das técnicas de avaliação psicológica para essa população.

Trata-se de um estudo exploratório. A hipótese é de que as técnicas de Pfister e DFH são sensíveis para identificar diferenças emocionais e cognitivas entre os grupos de surdos e ouvintes e entre os grupos de surdos entre eles, considerando as políticas educacionais a que foram expostos.

Contudo, acredita-se que o DFH e TPC viabilizam a avaliação de diversos indicadores cognitivos e emocionais que tradicionalmente são atribuídos aos surdos. No que se refere aos indicadores cognitivos no DFH serão considerados os levantados por Koppitz (1978) e os da escala Sisto (2005), enquanto nos testes de Pfister será considerado o aspecto formal, conforme menciona Campos (2004). Em relação aos indicadores

emocionais, neste estudo buscaram-se os que estão mais ligados ao auto-conceito, a baixa-sociabilidade, imaturidade, egocentrismo, a agressividade, impulsividade e a ansiedade.

Não cabe ao psicólogo decidir qual é o sistema educacional mais adequado para o surdo (Sole, 2003), entretanto as técnicas de avaliação podem viabilizar a expressão dos aspectos internos, que se forem comuns aos indivíduos de um mesmo grupo e sendo esses atributos capazes de diferenciar um grupo dos demais poderão ser indicativos da influência da política educacional na formação dos surdos. Ademais, a busca de correlações entre as duas técnicas se faz adequada como evidência de validade dos instrumentos, também, objeto de estudo da presente pesquisa.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Buscar evidências de validade das Pirâmides Coloridas de Pfister e do Desenho da figura Humana para avaliação de crianças surdas.

Objetivos específicos:

- Estabelecer eventuais diferenças entre as crianças avaliadas, segundo as variáveis de idade, gênero e escolarização;
- Verificar possíveis diferenças de aspecto emocional e estruturação cognitiva entre surdos e ouvintes;
- Analisar possíveis diferenças entre os grupos de surdos de acordo com as políticas educacionais que foram expostos bilingüismo, comunicação total ou oralismo;
- Buscar evidências de validade convergente entre os indicadores emocionais e cognitivos do DFH-Koppitz, DFH-Sisto e do Teste de Pfister.

MÉTODO

Participantes:

Participaram do estudo 81 crianças com surdez bilateral, não usuário de Implante Coclear. Destas 29 eram bilíngües, 21 de comunicação total e 31 oralizadas. 50,6% eram homens e 49,4% eram mulheres, com idade entre 6 e 12 anos (média 9,32 e mediana 10) e escolaridade entre pré e sexta-série (média 3,65 e mediana 3,0). Destes, 62 já participaram de algum processo psicoterapêutico e 7 são adotados.

Os surdos foram pareados com 37 ouvintes, sendo 48,6% homens e 51,4% mulheres, com idade entre 7 e 12 anos (média e mediana 9,0), estudantes de pré a sétima série (media 3,58 e mediana 4). Destas, 1 passou por acompanhamento psicoterapêutico e todos eram filhos legítimos.

Todos os participantes foram selecionados por meio de amostra não aleatória por conveniência de diferentes instituições de cidades do interior Paulista. O critério de inclusão no grupo de surdos ter perda auditiva neurossensorial bilateral congênita ou perinatal e no grupo dos ouvintes não ter histórico de estudos de recuperação escolar destinados a alunos com baixo rendimento escolar.

Instituições:

Cinco instituições de diferentes cidades do interior do estado de São Paulo colaboraram com a pesquisa permitindo que a coleta de dados fosse realizada com seus usuários. Duas destinavam-se a surdos e três para ouvintes. As instituições de surdos foram

classificadas com a letra S, sendo elas S1 e S2, e as de ouvintes com a letra O, assim, O1, O2 e O3. Para melhor caracterizá-las, elas serão brevemente descritas.

Instituição S1 - A instituição que possibilitou o contato com os surdos oralizados e de comunicação total foi uma ONG prestadora de serviços nas áreas da saúde, educação e social para pessoas com Deficiência Auditiva e/ou distúrbios de aprendizagem (voz, fala e linguagem oral e escrita) e/ou distúrbios emocionais. A instituição fundada por uma fonoaudióloga, em 1982, realiza aproximadamente 250 atendimentos semanais para crianças, adultos e idosos surdos. Tem como objetivo buscar recursos técnicos para estimular a capacidade de perceber a audição e desenvolver a linguagem, potencializando o Deficiente Auditivo para um convívio sócio-afetivo, educacional e profissional saudável.

A instituição preconiza os treinos auditivos e estimulação da fala. As crianças que são estimuladas e não adquirem a oralidade passam a receber o ensino da língua de sinais. Nestes casos empregam-se diversos recursos para que a criança possa se comunicar, ou seja, adota-se a comunicação total. Geralmente, as crianças passam para comunicação total no início da vida escolar. Devido à importância do desenvolvimento da língua oral nessas duas abordagens as crianças dessa instituição estudam em escola comum, junto com crianças ouvintes, e duas vezes por semana recebem apoio pedagógico e psicológico.

Instituição S2 – É uma escola especial para surdos, fundada em 1977, que tem o objetivo de ensinar crianças surdas carentes, proporcionando desde a Educação Infantil até a 4ª série. Os alunos são divididos nas salas de acordo com seu nível de desenvolvimento e sua idade. A sala de aula é organizada em U, para que os alunos possam ver uns aos outros, e são aceitos no máximo 10 alunos por sala. Outras mudanças físicas se referem aos sinais luminosos em substituição aos sonoros. Em todas as salas da escola há um sinal luminoso que equivale ao barulho do sinal numa escola de ouvinte e quando o professor quer solicitar

atenção da turma ele acende e apaga a luz para chamar-lhes a atenção. Quando o surdo atinge a 5ª série, ele é encaminhado para escolas comuns junto com crianças ouvintes e acompanhado por intérpretes de Libras. É objetivo da escola passar às crianças informações sobre a cultura surda e se reconhecerem como diferentes, ao invés de deficientes. Para tal, são envolvidos os familiares que recebem orientações e aprendem a se comunicar com as crianças por meio da língua sinalizada.

Instituição O1 - é uma instituição de apoio às crianças de baixa renda em situação de risco social. As crianças passam meio período na escola e o outro período na instituição participando de projetos pedagógicos.

Instituições O2 e O3 – São escolas comuns, localizadas na mesma cidade do interior de São Paulo. A primeira destina-se ao ensino de 1ª a 4ª série e a segunda ao ensino 5ª série ao 3º ano do ensino médio.

Instrumentos:

Ficha de identificação: A ficha de identificação (anexo I) foi a mesma para todas as crianças, sendo que as questões sobre a surdez não foram feitas aos ouvintes. Era solicitado aos pais que respondessem as perguntas da ficha de identificação, que foi complementada com informações adquiridas em prontuários nas instituições. A ficha foi organizada em duas partes, a primeira parte esclarecia dados da criança e na segunda as informações sobre a família.

Os questionamentos sobre as crianças foram sobre o nome, sexo, data de nascimento, idade, escolaridade, etiologia da surdez, tipo de comunicação utilizada, perda auditiva (melhor ouvido), época de aparição da surdez, tipo de educação surda à qual a criança foi exposta, tipo de escola que a criança frequenta, tempo de aprendizado da língua

utilizada pela criança, forma de comunicação com a família, aceitação da criança frente ao aparelho auditivo, se a criança participa ou participou de algum processo psicoterapêutico.

Os dados da família requisitados foram se a família é legítima ou adotiva, número de pessoas que a compõe, número de filhos, ordem de nascimento do filho, renda familiar em faixas de salários mínimos, cidade na qual a família reside, se a procedência da família é rural ou urbana, habitação da família, religião da família, se os pais são ouvintes ou deficientes auditivos, escolaridade e profissão dos pais, aceitação dos pais frente à comunicação utilizada pelo filho, indícios de desagregação familiar. Marzolla (1996) sugere que sejam considerados fatores como a reação dos pais ao diagnóstico, significados que os pais conferem à surdez do filho e que o próprio surdo atribui para sua condição auditiva, o padrão de interação que estabelecem pais e filho, os profissionais aos quais esses pais têm acesso, as experiências de reabilitação que a criança passa e passou. Neste estudo optou-se por não se aprofundar nessas questões, pois seriam extremamente longas e desnecessárias ao objetivo proposto de buscar evidências de validade dos instrumentos projetivos.

Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC): compreende em um jogo com três cartões em papel bege com um esquema de pirâmide desenhado em cada um deles (Villemor-Amaral, 2005), sendo que a forma padrão da pirâmide possui uma direção que se orienta da base para o ápice, estando subdividida em 15 campos, podendo sugerir tridimensionalidade (Khun, 1990). Além disso, há um conjunto de quadriculos coloridos nas cores verde, azul, vermelho, amarelo, laranja, marrom, violeta, preto, cinza e branco, distribuídas em 24 tonalidades diferentes e a folha de aplicação.

Neste estudo foram considerados o aspecto formal, a frequência das cores e as síndromes cromáticas. As síndromes cromáticas são síndrome de normalidade (frequência

das cores azul, vermelho e verde), síndrome do estímulo (uso das cores vermelho, amarelo e laranja), síndrome fria (cores azul, verde e violeta), síndrome incolor (preto, branco e cinza) e síndrome de dinamismo (presença acentuada das cores verde, amarelo e marrom).

A aplicação do teste consiste na execução de três pirâmides ao gosto do avaliando. Foi dada a seguinte instrução: *“Aqui está o esquema de uma pirâmide, percebe? E aqui temos uma grande variedade de quadriculos de cores e tonalidades diversas (mostra). Cobrindo todos os quadriculos do esquema obtêm-se uma pirâmide colorida. Para fazer a sua pirâmide, pode escolher as cores que quiser, substituir ou trocar a vontade até que a pirâmide fique a seu gosto, isto é, fique bonito. Não tenha pressa, use o tempo que quiser. Tem alguma dúvida? Então pode começar”*. Após a realização da primeira pirâmide foi apresentado outro esquema de pirâmide, seguido da fala: *“Agora este e depois mais um”*.

Desenho da figura humana (DFH), segundo Koppitz (1976): Durante a aplicação foi usada folha sulfite branca de tamanho ofício sem pauta, lápis n.2 e borracha. Para o inquérito as perguntas corresponderam ao questionário para ser usado com crianças sugerido por Campos (1973), anexo II. Além disso, para codificação usou-se as tabelas para correção do DFH (anexo III) e classificação do DFH foram utilizados os manuais de avaliação de Koppitz (1976) com padronização para Argentina, a saber

(1) o manual de avaliação dos Itens Evolutivos Esperados e Excepcionais no DFH de meninos e meninas de 5 a 12 anos, anexo IV. Os Itens esperados devem aumentar com a idade e variam de acordo com o gênero. Esses itens são cabeça, olhos, nariz, boca, corpo, pernas, braços, pés, braços duas dimensões, pernas duas dimensões, cabelo, pescoço, braço para baixo, braço unido ao ombro, duas peças de roupa. Os itens excepcionais são joelho, perfil, cotovelo, dois lábios, narinas, braços unidos ao ombro, quatro peças de roupa.

(2) Manual de Tabulação para os 30 Indicadores Emocionais do Desenho da Figura Humana infantil, anexo V, que são integração pobre das partes da figura, sombreamento do rosto, sombreamento do corpo e/ou membros, sombreamento das mãos e/ou pescoço, assimetria grosseira dos membros, figura inclinada, figura pequena ou delgada, figura grande, transparência envolvendo as principais partes do corpo ou membros, cabeça pequena, olhos cruzados ou postos, dentes, braços curtos, braços compridos, braços colados ao corpo, mãos grandes, mãos cortadas, pernas fechadas ou apertadas uma contra a outra, genitais, figura monstruosa ou grotesca, três ou mais figuras espontaneamente desenhadas, nuvens. E considera também as omissões dos olhos, do nariz, da boca, do tronco, dos braços, das pernas, dos pés e do pescoço (Koppitz, 1976).

(3) Os itens Evolutivos Maturacionais no DFH (Koppitz, 1976), anexo VI, são cabeça, olhos, pupilas, sobrancelhas ou cílios, nariz, narinas, boca, dois lábios, orelha, cabelo, pescoço, corpo ou tronco, braços, braços em duas dimensões, braços dirigidos para baixo, braços corretamente unidos ao ombro, cotovelo, mãos, dedos, correto número de dedos, pernas, pernas em duas dimensões, joelho, pés, pés em duas dimensões, perfil, roupa, roupa e boas proporções.

(4) manual de Avaliação do Nível de Maturidade Mental nos DFH, anexo VII, a avaliação é feita mediante comparação de cada um dos Itens Evolutivos listados no item (3) com o desenho de cada sujeito. Para cada Item Evolutivo Esperado ausente atribui-se o valor -1 (menos um). Para cada Item Evolutivo Excepcional presente atribui-se o valor +1 (mais um). Tem se a seguinte fórmula: +1 (Item evolutivo excepcional) -1 (Item esperado) + 5 = Nível de Maturidade Mental (NMM), no anexo VI é possível comparar com os padrões de Q.I. padronizados.

Desenho da figura humana (DFH), segundo Sisto (2005): Seguindo a instrução ‘*Agora eu gostaria que você(s) desenhasse(m) uma pessoa com a maior quantidade de detalhes que você(s) conseguir(em). Não é preciso colorir*’, a criança desenha uma pessoa. O avaliador considera os itens que o compõe: Boca, Nariz, Braços-perna, Roupa, Tronco, Pescoço, Pernas, Duas ou três peças de vestir, Coordenação motora, Pés, Pernas e braços na posição correta, Pescoço integrado, Braços, Contorno de braços e pernas, Traços fisionômicos, Cabelos, Dedos, Vestimenta coerente, Ombros, Pupilas, Olhos, Queixo, Braço, cotovelo-ombro, Contorno do tronco, Desenho sem transparência, Polegar, Orelhas, Quatro peças de vestir, Contorno da cabeça, Boca e nariz. Para codificação há uma tabela (anexo VIII), que fornece os escores brutos e diferencia os indicadores em graus de dificuldade entre os grupos de crianças, de 6 a 10 anos, entre os sexos. Neste estudo utilizaram-se os escores brutos para análises dos testes.

Procedimentos:

Desde o início da elaboração do projeto, a pesquisadora fez curso de sinais numa instituição bilíngüe e, também, participou de grupos de convivência com surdos adolescentes surdos buscando adquirir a fluência na LIBRAS. Quando o projeto ficou pronto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade São Francisco e após aprovação, foi realizado o contato com instituições adeptas do oralismo, comunicação total e bilingüismo. Foram procuradas escolas de ensino regular para aplicação em crianças ouvintes. As crianças foram pareadas quanto ao gênero, idade e nível socioeconômico da família nos grupos pesquisa e controle. No contato com as instituições foram apresentados os objetivos e procedimentos da pesquisa. Foi requisitado aos responsáveis das instituições que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo IX), que foi entregue

em duas vias. Após aprovação das instituições, os responsáveis pelas crianças que se enquadravam na amostra foram contatados e, novamente, foram apresentados os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como a solicitação para que os responsáveis pelas crianças assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo X), em duas vias e respondessem as questões da ficha de identificação.

Para aplicação dos instrumentos foi solicitado aos responsáveis pela instituição que disponibilizassem uma sala ventilada, com luz ambiente e com uma mesa e duas cadeiras confortáveis. Nos casos em que a sala disponibilizada pela instituição tinha muitos estímulos, foi solicitada a retirada dos mesmos. Em seguida foi estabelecido o *rapport* com as crianças e os instrumentos foram aplicados, em uma única sessão individual. As instruções foram realizadas de acordo com a língua da criança, ou seja, utilizando-se Libras na comunicação com as crianças bilíngües, fala concomitante aos sinais nas de comunicação total e a fala na comunicação com as crianças oralizadas e ouvintes.

Primeiramente foi aplicado o TPC. No inquérito do Pfister, as crianças surdas de comunicação total e oral, quando questionadas sobre o porquê haviam escolhido determinada pirâmide como mais bonita mudavam de opinião e apontavam para outra pirâmide com expressão facial de dúvida. A pesquisadora teve a impressão que as crianças buscavam uma resposta considerada certa, por isso nesses casos adotou-se como padrão dizer *“não há uma resposta certa ou errada. Você pode escolher a pirâmide que considera mais bonita para você e me dizer o que nela fez com que você a escolhesse”*. Neste caso algumas crianças justificaram a escolha da primeira pirâmide e outras apenas diziam não saber.

Após o inquérito do Pfister foi aplicado o DFH. A aplicação foi individual com tempo livre. Antes de passar as instruções, a folha era colocada na posição vertical em

frente à criança. A criança recebia a seguinte orientação “*desenhe uma pessoa inteira*”. Caso a criança manifestasse alguma insegurança frente à situação recebia a seguinte instrução “*não existe desenho feio ou bonito, certo ou errado, o desenho que eu quero é o desenho que você consegue realizar*”. Quando a criança solicitou mais folhas, essas eram fornecidas. Após a realização do desenho foi feito o inquérito do DFH. Durante a execução do desenho, o examinador anotou a ordem seguida pela criança para desenhar as diferentes partes do DFH.

No inquérito do DFH, encontraram-se algumas dificuldades. As crianças principalmente de comunicação total, para tudo respondiam não saber. Nestes casos, era anotada resposta não sei. Outro fato freqüente foi ao perguntar se era homem ou mulher a maioria respondia quem haviam desenhado, geralmente elas mesmas ou os pais. Além disso, as crianças não sabiam dizer o que era qualidade e o que era defeito.

O contato com os pais e crianças variou para cada instituição. Seguiu-se a abordagem sugerida pelos responsáveis em cada uma delas.

As primeiras aplicações foram realizadas na instituição S1. Na conversa com as mães foi explicado o que seria feito e a importância da pesquisa, em seguida, elas assinaram o termo de consentimento e preencheram os questionários de identificação das crianças. Muitas mães disseram que o filho era muito “nervoso” (sic). Após a conversa com as primeiras mães, elas mesmas se organizaram e argumentaram com as outras mães a relevância do estudo e que deveriam conversar com a pesquisadora. Parecia que as mães diziam “tudo o que vier é bom”, mostrando o desamparo.

Outra experiência interessante em S1 foi devido às diferenças regionais da língua de sinais. A palavra aprendida pela pesquisadora como desenho tinha o significado de escrita às crianças de S1. Quando a pesquisadora sinalizou às crianças que desenhassem a figura

humana, elas ficaram bravas e se recusaram a fazê-lo. A pesquisadora estranhou a rejeição e foi conversar com a coordenadora da instituição, depois de revisarem todos os sinais tomaram conhecimento dessa e de outras diferenças. Após essa situação, passou-se a usar os sinais usados na instituição.

Nos últimos dias de coleta de dados na S1, algumas crianças que já haviam passado pelos procedimentos de testagem entraram na sala de aplicação dos instrumentos para mostrar à examinadora as conquistas do ano, como fotos de formatura, boletins, desenhos que haviam realizado ou simplesmente dar-lhe um abraço e perguntarem quando retornariam com ela. Ao serem lembradas que não teriam mais encontros, algumas crianças mostravam a língua e saíam da sala. Atitude que parecia demonstrar necessidade de contato contínuo e sentir-se aceita.

Em S2, o contato com os pais foi realizado pela própria instituição que enviou bilhetes com o termo de consentimento de pesquisa, ficha de identificação e uma carta explicativa. A própria instituição agendou os dias de avaliação de cada criança e se encarregou de tirar as dúvidas dos pais.

No dia marcado, as crianças sabiam que conversariam com uma psicóloga e realizariam dois testes psicológicos. Após a aplicação das técnicas projetivas, a pesquisadora confirmou com a criança as respostas preenchidas na ficha de identificação e àquelas que elas não sabiam responder foram consultadas no prontuário da escola.

A importância da Língua de sinais e do reconhecimento do surdo como uma cultura diferente foi sentida por meio do interesse das crianças em saber se a pesquisadora sabia língua de sinais. Elas diziam que quem sabia língua de sinais era amigo delas. Além disso, o pedagogo de S2, um surdo, questionou o fato da pesquisadora não ter fluência na Libras. Foi explicado que se tratava de uma técnica não verbal e que poucos psicólogos sabem

Libras. As dificuldades encontradas nessa situação possivelmente se assemelhariam a de qualquer psicólogo iniciante no atendimento de crianças surdas.

Em O1, foi conversado com todas as crianças e solicitado que enviassem os termos de consentimento livre e esclarecido aos pais. Cerca de 30% dos termos retornaram assinadas e preenchidas. As informações da ficha de identificação não preenchidas foram coletadas com as crianças e confirmadas nos prontuários das mesmas.

Em O2 e O3 foi feita uma reunião com os pais. Os objetivos do estudo foram explicados e os pais que concordaram assinaram o termo de consentimento e preencheram a ficha de identificação. Em O2 alguns pais se recusaram em assinar o papel, pois não queriam que seus filhos fossem comparados com surdos.

A codificação de todos os protocolos foi realizada por um único avaliador que não conhecia o grupo de origem do protocolo, isto é, foi uma análise às cegas. Quando surgiam dúvidas na codificação elas eram esclarecidas por um segundo pesquisador. Esses dois pesquisadores juntos definiam os critérios para casos peculiares. Sentiu-se falta de haver um avaliador independente para que pudesse ser feito o índice de concordância na codificação dos protocolos e realização de um estudo de fidedignidade. Sabe-se que esse procedimento seria bastante indicando por se tratarem de técnicas projetivas, no entanto, o pouco tempo da pesquisa impediu este procedimento. Os dados codificados compuseram um banco de dados na estrutura do SPSS, versão 11,5. O apoio de análises estatísticas possibilita que se conheçam aspectos comuns a grupos de pessoas que possuam características similares (Guéguen, 1999; Levin & Fox, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conceitos psicanalíticos introduzidos neste estudo permitem justificar as diferenças de traços de personalidade entre crianças sejam elas ouvintes, surdas, ou ainda oralizadas, bilíngües e comunicação total. Partiu-se da hipótese que em surdos essas diferenças sofrem influência também do ponto de vista que se tem da surdez, isto é, do modelo educacional em que a criança foi exposta.

Vygotsky (1989) afirmou que surdos são diferentes entre si pela rede social estabelecida e não pelas condições biológicas da ausência de audição. Nos últimos anos essa concepção ganhou destaque no Brasil. Em 2001 foi o auge desse reconhecimento, com a lei em favor da expansão da língua de sinais brasileira em âmbito nacional. No entanto, as discussões sobre o modelo educacional tem sido limitadas ao aspecto lingüísticos e cognitivos sem pormenorizar as questões emocionais envolvidas. Além disso, as reflexões ficam restritas a postulados teóricos sem possuir uma base empírica que consolide o que é falado.

Diante dessa situação, observou-se a necessidade de explorar os aspectos cognitivos e emocionais de surdos por meio de situações padronizadas e instrumentos válidos, garantindo maior veracidade científica. Para tal, um cuidado que se teve foi não usar técnicas verbais e, portanto, escolheram-se as técnicas projetivas do Desenho da Figura Humana e do Pfister. Partiu-se do pressuposto que elas são sensíveis para identificar diferenças entre surdos e ouvintes e entre os grupos de surdos.

Para análise dos dados primeiramente foram realizadas as estatísticas descritivas referente à ficha de identificação dos sujeitos para cada um dos quatro grupos, ouvintes, surdos oralizados, surdos de comunicação total e surdos bilíngües (anexos XI e XII). Em

seguida, foram feitas as análises para verificar as comparações primeiramente entre surdos e ouvintes e depois entre os três sistemas educacionais dos grupos de surdos. Este procedimento foi realizado para todos os instrumentos utilizados. Por último foram feitas as análises para verificar a relação entre os indicadores emocionais e cognitivos dos testes.

Ficha de identificação

Ao considerar a ficha de identificação. Buscou-se comparar médias, pela prova *t* de *student*, entre ouvintes (n=37) e surdos (n=81) e verificar se havia eventuais diferenças que poderiam interferir nos dados comparativos posteriores. A distribuição de frequência em porcentagem é apresentada nos anexos XI e XII e a diferença de média na comparação dos grupos de surdos e ouvintes são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Diferença de média na comparação entre surdos e ouvintes

	t	gl	Sig	Diferença de média
Sexo	-,197	116	,844	-,02
Idade	,924	116	,357	,32
Escolaridade	,158	114	,875	,07
Participação em processo psicoterapêutico	10,226	116	,000	,76
Legítima ou adotiva	1,855	116	,066	,09
Número de pessoas na família	-1,423	116	,157	-,43
Número de filhos na família	,246	116	,806	,06
Ordem de nascimento do filho	-,146	112	,884	-,03
Renda familiar	-1,242	107	,217	-,20
Cidade que a família reside	2,896	116	,005	2,26
Procedência da família	-,237	116	,813	-,02
Habitação da família	-2,228	115	,028	-,80
Religião da família	-1,239	114	,218	-,16
Condição de audição da mãe	,960	116	,339	,02
Escolaridade da mãe	,127	114	,899	,04
Profissão da mãe	,445	115	,657	,95
Condição de audição do pai	,692	112	,491	,01
Escolaridade do pai	-,529	106	,598	-,17
Profissão do pai	2,221	102	,029	7,89
Aceitação dos pais frente a comunicação do filho	,378	104	,706	,06
morte de um dos pais	2,401	108	,018	,14
separação dos pais	,094	107	,925	,01
doença mental na família	,982	107	,328	,07
doença física na família	1,339	107	,184	,08
drogadição na família	-1,344	107	,182	-,16
vícios em jogos na família	-,290	107	,772	-,01
grave situação socioeconômica	-,219	107	,827	-,01
outros indicativos	-1,776	107	,079	-,07
alcoolismo	-1,200	106	,233	-,11
Sem indicativos	-,568	105	,571	-,05

As diferenças nas variáveis ‘participação em processo psicoterapêutico’ e ‘cidade que a família reside’ são conseqüências das condições institucionais. Conforme mencionado na descrição das instituições, elas são localizadas em cidades diferentes e a instituição S1 fornece atendimento psicoterapêutico a todos seus usuários. Além disso, na seleção dos ouvintes, houve uma preocupação em controlar para que estes não tivessem histórico de acompanhamento ou busca de tratamento psicoterapêutico ou psiquiátrico. Já no que se refere à habitação da família, os surdos dessa amostra tinham melhores condições de habitação, sendo que 56,2% dos surdos tinham casa própria e apenas 43,2% ouvintes estavam na mesma situação. A profissão do pai e morte de um dos pais também teve diferenças significativas, mas não se sabe até que ponto esses indicadores poderiam interferir nos resultados obtidos.

Para verificar a diferença de médias entre os três grupos de surdos, oralizados (n=31), Comunicação Total (n=21) e Bilíngües (n=29) em relação a ficha de identificação, utilizou-se a prova *chi-square* em todas as variáveis referente aos dados da criança e de sua família conforme detalhado na tabela 2.

Tabela 2 – Diferenças entre os grupos de surdos

Variável	Chi square	Grau de liberdade	sig
Sexo	4,338	2	,114
Idade	8,319	12	,760
Escolaridade	20,621	12	,056
Etiologia	42,982	24	,010
Tipo de comunicação utilizada	162,000	4	,000
Perda auditiva no melhor ouvido	74,439	6	,000
Tipo de escola que a criança frequenta	81,000	4	,000
Forma de comunicação com a família	117,532	6	,000
Aceitação da criança frente ao aparelho auditivo	18,344	6	,005
Participação em processo psicoterapeutico	37,148	4	,000
Legítima ou adotiva	4,299	2	,117
Número de pessoas na família	24,124	14	,044
Número de filho na família	15,734	10	,107
Ordem de nascimento do filho	20,411	10	,026
Renda familiar	7,651	6	,265
Cidade que a família reside	87,502	24	,000
Procedência da família	,672	2	,715
Habitação da família	14,827	10	,139
Religião da família	4,350	6	,629
Condição auditiva da mãe	,721	2	,697
Escolaridade da mãe	14,865	12	,249
Profissão da mãe	46,869	44	,356
Condição da audição do pai	1,773	2	,412
Escolaridade do pai	17,056	12	,148
Profissão do pai	64,134	62	,402
Aceitação em relação à condição auditiva do filho	7,024	4	,135
Morte de um dos pais	3,735	2	,155
Separação dos pais	1,071	2	,585
Doença mental na família	9,385	2	,009
Doença física na família	6,025	2	,049
Uso de drogas por algum membro da família	1,009	2	,604
Vício de jogo na família	2,773	2	,250
Grave situação socioeconômica	3,801	2	,149
Alcoolismo	12,114	2	,002
Mencionou outros indicativos	2,028	2	,363
Declarou-se sem indicativos de desagregação	1,611	2	,447

Um aspecto que pode gerar diferenças entre os grupos e que foi marginalmente significativo, do ponto de vista estatístico, é a escolaridade ($\chi^2=20,621$; $p=0,56$), conforme descrita na tabela 3.

Tabela 3 - Frequência do tipo de comunicação dos surdos em relação à escolaridade

		Tipo de comunicação utilizada pelos surdos			Total
		Língua de sinais	Comunicação total	Oral	
Escolaridade	Pré	7	2	2	11
	Primeira-série	5	5	5	15
	Segunda-série	9	4	3	16
	Terceira-série	4	2	7	13
	Quarta-série	4	4	4	12
	Quinta-série	0	1	7	8
	Sexta-série	0	2	3	5
Total		29	20	31	80

A comunicação utilizada ($\chi^2=162,00$, $p=0,000$), o tipo de escola que a criança frequenta ($\chi^2=81,000$, $p=0,000$) e a forma de comunicação com as famílias ($\chi^2=117,532$, $p=0,000$) é justificada pela ideologia do modelo educacional, em que as crianças estão inseridas. Harrison, Lodi e Moura (1997) discutem em que medida a escolha de uma política educacional para o surdo pode influenciar nestes fatores. Corroborando com essas informações, na descrição das instituições foi mencionado o tipo de escola que o surdo frequenta e a instituição oralizadora e comunicação total os encaminha para escola comum e na instituição bilíngüe as crianças estudavam em escola especial. Já a participação em processo psicoterapêutico ($\chi^2=37,148$, $p=0,000$) e cidade que a criança reside ($\chi^2=87,502$, $p=0,000$) acontecem em função da localização da instituição e atendimentos

disponibilizados pela mesma, conforme já comentado na descrição das instituições e se referir das diferenças entre surdos e ouvintes.

No que se refere a perda auditiva ($\chi^2=74,439$, $p=0,000$), é interessante mencionar os achados de Culbertson e Gilbert (1986), no qual as crianças com surdez unilateral severa a profunda tiveram pior desempenho que as crianças com surdez unilateral leve a moderada no rendimento acadêmico e em testes cognitivos e de ajustamento social. A tabela 4, detalha melhor a distribuição das crianças surdas de cada grupo em relação a sua perda auditiva.

Tabela 4 – Frequência do tipo de comunicação dos surdos em relação à perda auditiva

Perda auditiva no melhor ouvido	Tipo de comunicação utilizada pelos surdos		
	Língua de sinais	Comunicação total	Oral
Leve	0	0	2
Moderada	1	0	12
Severa	4	0	4
Profunda	23	21	13

Na tabela 4 verifica-se que 96,5 % das crianças bilíngües têm perda severa a profunda e 100% das de comunicação total tem perda profunda no melhor ouvido, enquanto 45,16 % dos surdos oralizados têm perda leve à moderada e 54,83% tem perda severa a profunda. Estes dados serão retomados quando forem consideradas as diferenças nos aspectos cognitivos das crianças surdas. Além disso, faz necessário questionar-se sobre a influencia do nível de perda auditiva na aquisição da oralidade. Observa-se que os surdos profundos podem adquirir a oralidade, mas isso é menos comum. Ao se falar em reabilitação lingüística, deveria considerar também outros fatores como o período de estimulação, tal como sugere Torres (2005). A aceitação da criança frente ao aparelho auditivo ($\chi^2=18,344$,

$p=0,005$) foi significativamente diferente e também é importante de ser considerada (tabela 5).

Tabela 5 - Frequência do tipo de comunicação dos surdos em relação à aceitação do aparelho auditivo

		Tipo de comunicação utilizada pelos surdos (%)		
		Língua de sinais (26)	Comunicação total (18)	Oral (28)
Aceitação da criança frente ao aparelho auditivo	Não respondeu	3	2	3
	Considera ruim	30,76	31,57	17,85
	Tanto faz	46,15	15,78	10,71
	Considera boa	23,07	52,63	71,42

Em relação a satisfação das crianças no uso dos aparelhos auditivos, observou-se que 71,42% dos surdos oralizados que responderam a consideram boa, isto é, que não reclamam por ter que usá-lo, enquanto os surdos bilíngües apenas 23,07% consideram bom o uso do aparelho. Na tabela 4, verificou-se que 96,5% dos surdos bilíngües são profundos. Talvez isso dê pelo fato do aparelho pouco ajudar surdos profundos. Entretanto, não pode ser considerado como fator determinante já que 52,63% dos surdos de comunicação total (100% deles tinham perda profunda) aceitam positivamente o uso do aparelho.

A etiologia ($\chi^2=42,982$, $p=0,010$), número de pessoas na família ($\chi^2=24,124$, $p=0,044$), ordem de nascimento do filho ($\chi^2=20,411$, $p=0,026$), doença mental na família ($\chi^2=9,385$, $p=0,009$), doença física na família ($\chi^2=6,025$, $p=0,009$) e alcoolismo ($\chi^2=12,114$, $p=0,002$) são variáveis que deram significativas diferentes, mas que na literatura não foram encontrados dados que respaldassem essas diferenças. Destaca-se que esses indicadores foram considerados por comporem um índice de desagregação familiar. Neste estudo, não foi realizada uma análise aprofundada que viabilizasse investigar em que medida esses

fatores influenciam nos indicadores cognitivos e emocionais dos grupos. Entretanto, sugere-se que em estudos futuros eles sejam considerados. Os indicadores de desagregação familiar podem ser considerados isoladamente e também no conjunto somando-se o total da presença desses indicadores na família. Essa soma poderia ainda ser correlacionada com os indicadores dos testes e aumentar os dados de veracidade dos mesmos.

Celli, (1974), INES (2006), Torres (2005) sugerem que sejam controlados outros aspectos como a idade da criança quando obteve o diagnóstico da surdez e o tempo de aprendizado da língua utilizada. No entanto, durante a aplicação do questionário de identificação verificou-se que muitas mães não sabiam fornecer essas informações. Além disso, os responsáveis pela criança usavam parâmetros diferentes, alguns consideravam a emissão da primeira vocalização, outros a idade quando a mãe passou a compreender a criança, outros consideravam quando as crianças passaram a ser compreendida por pessoas que não tinham um convívio cotidiano com a criança.

É interessante mencionar que nesta situação, houve mãe de crianças que não possuem a oralidade que se lembravam das primeiras vocalizações do filho, dizendo que os filhos sabiam falar antes ou então, que os filhos só falam em casa, quando estão sozinhos com elas. Isto pode estar associado ao balbucio e falta de *feedback* mencionados por Roslyng-Jensen (1997), ou ainda, estar associado a uma negação da surdez e a fantasia de que aquele filho surdo possa vir a falar, conforme foi retratado por Marzolla (1996) e Sole (2003). Sugere-se que em pesquisas futuras seja feito um controle mais rígido dessas variáveis.

Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister

Após a análise dos dados de identificação, buscaram-se diferenças entre os grupos em relação ao teste de Pfister. Foi feita a comparação entre as variáveis de porcentagem da cor e porcentagem das síndromes cromáticas do teste de Pfister. Primeiro realizou-se o *t* de *student* na comparação da frequência de cores e síndrome cromática entre ouvintes e surdos, conforme tabela 6.

Tabela 6 – Diferença de média da % de cor e síndromes cromáticas entre surdos e ouvintes

Variável	<i>t</i>	Gl	Sig.	Diferença de média
porcentagem azul	-,074	107	,941	-,0927
porcentagem vermelho	,761	111	,448	1,6908
porcentagem verde	-,009	110	,993	-,0156
porcentagem violeta	2,238	104	,027	3,9363
porcentagem laranja	-,568	101	,571	-,5857
porcentagem amarelo	-,954	107	,342	-1,6203
porcentagem de marrom	-,790	92	,432	-1,2794
porcentagem de preto	-,018	84	,986	-,0203
porcentagem de branco	-,783	87	,436	-,7913
porcentagem de cinza	-1,270	85	,208	-,6510
porcentagem síndrome normal	,262	115	,794	,5831
porcentagem síndrome estímulo	-,326	114	,745	-,8840
porcentagem síndrome fria	1,856	113	,066	4,1630
porcentagem síndrome incolor	-,249	101	,804	-,3973
porcentagem síndrome dinamismo	-,719	113	,473	-1,8816
porcentagem síndrome propulsão	-1,032	113	,304	-1,9326
porcentagem síndrome formula cromática	-,114	115	,910	-,0486

Na tabela 6 verifica-se que a porcentagem da cor violeta foi a única variável estaticamente significativa ($p=0,027$). A média da porcentagem de uso do violeta pelos surdos foi 15,58, enquanto a média da porcentagem dos ouvintes foi 11,64. Isto é, os surdos

apresentaram aumento na frequência de uso da cor violeta em relação aos ouvintes. Ao violeta atribuí-se tensão e ansiedade (Villemor Amaral, 1978; Villemor-Amaral, 2005), deste modo os dados indicariam que o grupo de surdos é mais ansioso que os ouvintes dessa amostra. Sole (2003) mencionou que surdos seriam mais ansiosos que ouvintes e justificou essa ansiedade pela tensão afetiva que não é aliviada na forma de palavras, a impulsividade seria efeito da falta de metabolização psíquica dessas tensões que não se pode descarregar na motricidade. Ademais, a presença de ansiedade em surdos poderia ser justificada pelas limitações lingüísticas vivenciadas pelo surdo na primeira infância, tal como mencionaram Capovilla e Raphael (2004), Torres (2005) e Vygotsky (1989).

Em seguida foi usado *Anova* na comparação da frequência de cores e síndromes cromáticas entre os grupos de surdos. Estes dados são expostos na tabela 7.

Tabela 7 - Diferença de média da % de cor e síndromes cromáticas entre os grupos de surdos

Variável	gl	F	Sig.
porcentagem azul	2	,532	,590
porcentagem vermelho	2	1,030	,362
porcentagem verde	2	,994	,375
porcentagem violeta	2	,072	,931
porcentagem laranja	2	,898	,412
porcentagem amarelo	2	,917	,404
porcentagem de marrom	2	,113	,894
porcentagem de preto	2	1,537	,224
porcentagem de branco	2	,927	,402
porcentagem de cinza	2	1,255	,293
porcentagem síndrome normal	2	1,623	,204
porcentagem síndrome estímulo	2	,518	,598
porcentagem síndrome fria	2	,582	,561
porcentagem síndrome incolor	2	1,310	,277
porcentagem síndrome dinamismo	2	,240	,787
porcentagem síndrome propulsão	2	,405	,669
porcentagem síndrome formula cromática	2	1,815	,170

Observa-se que não houve diferenças significativas entre os grupos de surdos nos indicadores emocionais do Pfister. Para verificar diferenças nos aspectos cognitivos, usando o teste das pirâmides, considerou-se como variável o aspecto formal. Para tal, foi usado *chi square* de *Spearman* e os resultados da comparação, surdos e ouvintes, são apresentados na tabela 8.

Tabela 8 – Frequência dos indicadores significativos entre surdos e ouvintes

Variável	Chi square	Grau de liberdade	sig
Presença de Tapete puro	7,078	1	,008
Presença de tapete furado ou desequilibrado	2,470	1	,116
Presença de tapete com início de ordem	5,393	1	,020
Presença de formação em camada multicromática	,002	1	,965
Presença de formação em camada monotonal	,782	1	,376
Presença de formação simétrica	3,357	1	,067
Presença de estrutura simétrica	15,144	1	,000
Presença de formação em camada com tendência a estrutura	1,866	1	,172
Presença de estrutura em manto	1,271	1	,260
Presença de formação em ladrilho	8,723	1	,003

Na comparação dos aspectos formais, as diferenças significativas do ponto de vista estatístico, a saber, são:

- Surdos apresentaram tapete puro ($p= 0,008$) e tapete com início de ordem ($p= 0,020$) em uma das três pirâmides com maior frequência que os ouvintes;
- Os ouvintes apresentaram maior frequência de estrutura simétrica ($p= 0,000$) e presença de formação em ladrilho ($p= 0,003$) em uma das três pirâmides que os surdos.

Deste modo, evidencia-se que os surdos apresentaram frequência maior de pelo menos um aspecto formal tapete em relação aos ouvintes. E os ouvintes apresentaram frequência maior de formação e estrutura que os surdos. Costa (2004), ao correlacionar o

Pfister com a BPR05, verificou que a presença de um tapete numa das três pirâmides estaria associado a um nível intelectual inferior àquelas pessoas que não fazem tapete. Seguindo o mesmo raciocínio a presença de estrutura indicaria nível intelectual mais sofisticado. Neste estudo, os indicadores apontam para um nível de estruturação cognitiva mais elaborada nos ouvintes em relação aos surdos. Nas pesquisas sobre o desenvolvimento cognitivo de surdos, verificou-se que as discussões sobre um possível déficit nessas crianças são de longa data (Moore, 1982), ora afirmando a defasagem ora negando-a. Corroborando, a pesquisadora observou em situação de interação informal com crianças surdas oralizadas, de comunicação total e bilíngüe a escrita delas. Grande parte dos surdos com idade aproximada de 10 anos, estudantes da 4ª série em diante, apresentou uma escrita caracterizada por agrupamento de palavras, como se as crianças não diferenciassem o momento que terminava uma palavra e começava a outra. Os resultados da comparação dos aspectos cognitivos do Pfister entre os grupos de surdos estão apresentados na tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição da frequência dos aspectos formais entre os grupos de surdos

Variável	Chi square	Grau de liberdade	sig
Presença de Tapete puro	15,338	2	,000
Presença de tapete furado ou desequilibrado	25,095	2	,000
Presença de tapete com início de ordem	26,836	2	,000
Presença de formação em camada multicromática	10,096	2	,006
Presença de formação em camada monotonal	17,958	2	,000
Presença de formação simétrica	13,665	2	,001
Presença de estrutura simétrica	,343	2	,843
Presença de formação em camada com tendência a estrutura	6,403	2	,041
Presença de estrutura em manto	6,403	2	,041
Presença de estrutura simétrica	11,380	2	,003

Na comparação entre os grupos de surdos, considerando os aspectos formais, observam-se que a maioria dos indicadores foram significativamente diferentes. Obteve-se a presença de tapete puro ($p= 0,000$), tapete furado ou desequilibrado ($p= 0,000$), tapete com início de ordem ($p= 0,000$), formação em camada muticromática ($p= 0,006$), formação de camada monotonal ($p= 0,000$), formação simétrica ($p= 0,001$), formação em camada com tendência a estrutura ($p= 0,041$), estrutura em manto ($p= 0,041$), estrutura simétrica ($p= 0,003$), conforme já expostos na tabela F.

Deste modo, a comparação da distribuição dos aspectos formais que foram significativamente diferentes permitiu verificar que um número maior de surdos oralizados apresentou pelo menos um aspecto formal estrutura no conjunto de três pirâmides. Os surdos de comunicação total foi o grupo intermediário em relação a presença de pelo menos uma pirâmide com aspecto formal estrutura, enquanto que os bilíngües foram os que menos apresentaram pirâmides com estrutura.

Somando esses dados, observou-se que um número menor de surdos oralizados apresentou tapetes em pelo menos uma pirâmide. Novamente o grupo de comunicação total esteve num nível intermediário e, desta vez, um número maior de surdos bilíngües apresentaram pelo menos um aspecto formal tapete em uma pirâmide do teste.

Conforme já mencionado, Costa (2004) verificou que a presença de estrutura em uma pirâmide estaria atrelada a um nível intelectual mais elaborado, em oposição, a presença de tapete em uma pirâmide estaria associada a um nível intelectual menos sofisticado. Deste modo, os dados mencionados acima seriam indicativos de que, nessa amostra, os surdos oralizados teriam um nível intelectual mais estruturado que os de comunicação total, que teriam um nível intelectual acima dos bilíngües. Corroborando com este dado, há uma

observação informal da pesquisadora sobre alguns adolescentes bilíngües. Os adolescentes de um grupo de convivência tinham seus cadernos escolares organizados por página, ao invés de separar os cadernos por matéria. Deste modo, quando terminavam uma aula, na seguinte já emendavam o conteúdo na mesma página, como se fosse uma continuidade da aula anterior independente da troca de professor. Questionou-se se isso não ocorre pelo fato de as salas e escolas especiais, de 1ª a 4ª série terem um único professor que leciona todas as disciplinas. Não haveria um aspecto concreto que viabilizasse esses surdos perceberem que se tratava de outra disciplina. Conforme já mencionado da na tabelas 2 e 3 há uma diferença entre a escolaridade dos surdos, portanto, essas diferenças não necessariamente se deram em função do modelo educacional em que ele está inserido, mas pode ter ocorrido devido às diferenças de escolaridade.

Observou-se que a maior concentração de crianças bilíngües em relação a escolaridade está de pré a segunda-série, diferindo-se do grupo de crianças oralizada, que estão concentradas de terceira-série a quinta-série. Este dado será comentado mais adiante, ao tratar dos aspectos cognitivos no teste de Pfister. Na literatura consultada sobre o Pfister não há referência a estudos normativos para crianças (Costa, 2004; Oliveria, Pasian e Jacquemim, 2001; Van Kolck, 1968; Villemor Amaral, 1966; Villemor Amaral, 1978; Villemor-Amaral, 2002; Villemor-Amaral, 2005; Villemor-Amaral e col., 2004 e Villemor-Amaral, Primi, Farah, Cardoso & Franco, 2003). As diferenças que surgirem entre os grupos de surdos no Pfister deve ser observado de modo cauteloso, já que podem ser também em função de um nível de escolaridade.

Além disso, de acordo com o histórico da surdez, o bilingüismo foi aceito como meio de eliminar as limitações escolares impostas pela comunicação total, que já teria surgido como maneira de superar os déficits que o modelo oralizador não supriu

(Capovilla,1997; Capovilla & Raphael, 2004; FENEIS, 2006; Goldfeld, 1997; Lopes Filho, 1997; Magalhães, 2006; Perlin, 1998; Sá, 1999). Deste modo, é preciso ter um olhar atento sobre esses dados sugere-se maior rigor em relação a escolaridade das crianças em estudos posteriores.

Desenho da Figura Humana, segundo Koppitz (1976)

Ao tratar dos dados do DFH, primeiro foi feita a comparação dos indicadores emocionais entre surdos e ouvintes. Conforme exposto na tabela 10.

Tabela 10 – Comparação dos IE do DFH-Koppitz entre surdos e ouvintes

	Chi-Square	Gl	Sig.
Integração pobre das partes	,906	1	,341
Sombreamento do rosto	,011	1	,915
Sombreamento do corpo e/ou membros	,011	1	,915
Sombreamento das mãos e/ou pescoço	,461	1	,497
Assimetria grosseira dos membros	,543	1	,461
Figura inclinada	2,385	1	,123
Figura pequena ou delgada	3,058	1	,080
Figura grande	,151	1	,698
Transparência	,006	1	,940
Cabeça pequena	,006	1	,940
Olhos cruzados ou postos	1,406	1	,236
Dentes	3,399	1	,065
Braços curtos	2,497	1	,114
Braços compridos	,347	1	,556
Braços colados ao corpo	,634	1	,426
Mãos grandes	,094	1	,759
Mãos cortadas	,039	1	,844
Pernas fechadas ou apertadas uma contra a outra	,368	1	,544
Genitais	,836	1	,361
Figura monstruosa ou grotesca	,461	1	,497
Três ou mais figuras espontaneamente desenhadas	2,681	1	,102
Nuvens	,267	1	,605
Omissão dos olhos	,929	1	,335
Omissão do nariz	,024	1	,876
Omissão da boca	,181	1	,670
Omissão do tronco	,461	1	,497
Omissão dos braços	,181	1	,670
Omissão das pernas	1,990	1	,158
Omissão dos pés	,209	1	,647
Omissão do pescoço	1,021	1	,312
Soma dos indicadores emocionais	5,291	8	,726
Primeiro negou fazê-lo	12,352	1	,000

Observa-se, na tabela 10, que não houve diferenças nos indicadores emocionais entre surdos e ouvintes. Foi observado diferença somente no que se refere a negação na realização do DFH. Nenhuma criança ouvinte negou-se a fazê-lo, enquanto 22 das 81 surdas inicialmente se recusaram a fazê-lo. Concordaram em fazer depois que a aplicadora os reforçava a desenhar, conforme mencionado nos procedimentos. Em seguida foi feita a comparação dos indicadores emocionais de Koppitz entre os grupos de surdos, oralizados, comunicação total e bilíngües, conforme tabela 11.

Tabela 11 – Comparação dos IE do DFH-Koppitz entre os grupos de surdos

	df	Média	F	Sig.
Integração pobre das partes	2	,083	,326	,723
Sombreamento do rosto	2	,030	,622	,540
Sombreamento do corpo e/ou membros	2	,061	1,293	,280
Sombreamento das mãos e/ou pescoço	2	,018	1,444	,242
Assimetria grosseira dos membros	2	,015	,060	,942
Figura inclinada	2	,026	,437	,647
Figura pequena ou delgada	2	,277	1,488	,232
Figura grande	2	,003	,049	,952
Transparência	2	,071	3,041	,053
Cabeça pequena	2	,009	,350	,706
Olhos cruzados ou postos	2	,056	1,567	,215
Dentes	2	,048	,599	,552
Braços curtos	2	,235	1,877	,160
Braços compridos	2	,120	,934	,397
Braços colados ao corpo	2	,277	5,216	,007
Mãos grandes	2	,121	1,350	,265
Mãos cortadas	2	,127	,997	,374
Pernas fechadas ou apertadas uma contra a outra	2	,230	1,384	,257
Genitais	2	,026	,199	,820
Figura monstruosa ou grotesca	2	,018	1,444	,242
Três ou mais figuras espontaneamente desenhadas	2	1,362	7,988	,001
Nuvens	2	,435	3,167	,048
Omissão dos olhos	2	,015	,619	,541
Omissão do nariz	2	,027	,297	,744
Omissão da boca	2	,033	,905	,409
Omissão do tronco	2	,010	,802	,452
Omissão dos braços	2	,090	2,579	,082
Omissão das pernas	2	,040	1,660	,197
Omissão dos pés	2	,322	2,061	,134
Omissão do pescoço	2	,056	1,567	,215
Soma dos indicadores emocionais	2	14,802	3,779	,027
Nível de Maturidade Mental	2	3,049	1,467	,237
Primeiro negou fazê-lo	2	1,269	7,337	,001

Destacam-se os indicadores transparência ($p=0,53$), braços colados ao corpo ($p=0,007$), três ou mais figuras espontaneamente desenhadas ($p=,001$), nuvens ($p=0,48$), soma dos indicadores emocionais ($p=0,27$) como estatisticamente significativas. Além disso, houve diferença na aceitação da atividade, pois inicialmente algumas crianças se negaram a fazê-lo ($p=0,001$).

De acordo com Koppitz (1976) a transparência é um indicador de imaturidade, impulsividade, podendo suscitar ansiedade e preocupação com alguma região especial do corpo. Foi presente somente em desenhos de crianças do grupo de comunicação total. Segundo Ciccone (1990), no modelo educacional da Comunicação Total a surdez é considerada uma marca no corpo, a isto se soma, segundo Perlin (1998), uma tensão proporcionada pela exigência da oralização do surdo. Deste modo, pode acontecer dos surdos de comunicação total sentirem uma ansiedade e tensão, tanto pela exigência da fala, como pelo reconhecimento de si como deficiente.

O indicador dos braços colados no corpo se associa a psicopatologia severa e trata de um controle interno bastante rígido, faltando flexibilidade e apresentando uma dificuldade em conectar-se ao mundo, que resultaria num relacionamento interpessoal pobre (Koppitz, 1976). É interessante verificar que esse indicador foi presente somente nas crianças bilíngües. De acordo com essa política educacional, as crianças teriam como língua materna a sinalizada e a priori teriam o contato com os surdos e posteriormente com os ouvintes. No entanto, poucas são as crianças surdas que nascem em berço surdo, então, elas passam por um período cuja comunicação pode ser limitada. Na maioria dos casos a criança só vai ter contato com a Língua de sinais em idade escolar (Góes, 1999), ficando desprovida de uma língua acessível que possibilite a criança ter a certeza de se fazer

compreendida (Fonseca, 2001). Cloninger (1999) mencionou que a personalidade da criança já está relativamente bem estruturada aos 5 anos e os anos subseqüentes são dedicados a aprimorar a estrutura interna. Seguindo essa linha de pensamento, a criança surda que vai adquirir uma língua em idade escolar poderia ter uma estrutura mais rígida pelas suas dificuldades de compreender e de se fazer compreender o mundo ouvinte. Roseling-Jensen (1997) mencionou que crianças surdas apresentam menos objetos transacionais que as ouvintes. Winnicott atribuiu grande importância a essa fase, pois ela estaria ligada tanto à construção de uma identidade como a construção de um objeto com o qual o eu vai se comunicar. Deste modo, poderia supor-se que esse controle interno bastante rígido e dificuldade em conectar-se ao mundo estariam vinculados a uma falta de identificação com o mundo ouvinte nas fases iniciais da vida bem como a dificuldade de assimilar modelos variados, limitando-se ao contexto familiar.

O indicador três ou mais figuras espontaneamente desenhada foi mais freqüente nas crianças de comunicação total e bastante comum também nas crianças oralizadas. Este é um indicador de perseveração, falta de sentimento de identidade como uma pessoa, falta de atenção individual, como se as crianças estivessem perdidas num ambiente escolar e não funcionassem independentemente (Koppitz, 1976). Poderíamos explicar esse fato, também, emprestando as reflexões de Marzolla (1996), que compreendeu os desenhos de crianças surdas, que ocupavam praticamente toda a folha com vários elementos, como expressão de uma necessidade de expansão, de ocupar todo o espaço. Seria tanto a apropriação do ambiente como também de não deixar espaço para outras pessoas. Essa preocupação das crianças em explicitar um contexto evidencia também a necessidade de diferentes elementos para compor a cenas que essas crianças atuam na vida real.

As crianças bilíngües apresentaram menor freqüência do indicador três ou mais figuras espontaneamente desenhadas em relação aos demais grupos de surdos. É interessante observar que no método do bilingüismo é dada ênfase a questão da identidade do surdo, pois acreditam que a visão do surdo como deficiente gera um conflito nos seu reconhecimento como pessoa (Perlin, 1998; Sacks, 1990). Essa dificuldade em assumir uma posição, também pode se dar em função de uma possível insegurança, conforme, a pesquisadora observou nas situações que as crianças surdas oralizadas e comunicação total mudavam a escolha da pirâmide quando eram questionadas sobre suas escolhas, embora não haja relatos sobre isso nos manuais do Pfister (Villemor-Amaral, 2005; Villemor Amaral, 1978).

O indicador presença de nuvens foi encontrado em todas as crianças, com freqüência maior nas oralizadas e de comunicação total. Segundo Koppitz (1978), a presença deste indicaria alto nível de ansiedade e uma agressividade voltada a si mesmo, se sentindo ameaçado pelo mundo. A ansiedade de crianças surdas é mencionada por Sole (2003), mas não há estudos que permitam relacioná-los a diferenças entre os surdos. No que se refere à agressividade direcionada a si não foi observada na literatura sobre surdez.

Koppitz (1978) falou que a presença de mais de três indicadores representaria problemas emocionais. Maldonado, Cariola, Yamada e Bevilacqua (2002) consideram que a presença de até um indicador emocional não é indicador de problemas emocionais. Na freqüência de 2 a 3 indicadores levanta-se a suspeita de problemas emocionais, já a presença de quatro ou mais indicadores seria a evidência de um problema emocional. Por meio de *chi-square* verificou-se diferença significativa entre os três grupos na freqüência da soma dos indicadores, este resultado é apresentado na tabela 12.

Tabela 12 – Número de surdos dos grupos por soma dos indicadores emocionais

Indicadores emocionais Total por desenho	Comunica dos surdos		
	Bilíngüe	Comunicação Total	Oralizados
0	1	1	2
1	5	1	3
2	9	5	6
3	7	1	7
4	2	3	4
5	5	3	3
6	0	4	2
7	0	1	2
8	0	2	2

Caso essas freqüências sejam classificadas nas categorias mencionadas por Maldonado, Cariola, Yamada e Bevilacqua (2002), tem-se a seguinte situação:

- 20,7% bilíngües não apresentariam problemas emocionais, 55% podem ser que apresentem e 24,3% teriam problemas emocionais evidentes,
- 9,5% de comunicação total não teriam problemas emocionais, 20,6% teriam suspeita de tê-los e 42% teriam problemas emocionais confirmados,
- 16% dos oralizados não teriam problemas emocionais, 42% estariam sob suspeita e 42% teriam comprovadamente problemas emocionais.

Deste modo, os surdos oralizados e comunicação total dessa amostra tinham um número maior de indicadores de problemas emocionais que os bilíngües.

No que se refere à negação inicial em realizar o DFH foi mais freqüente em crianças de comunicação total (media 0,52), seguidos pelos oralizados (média 0,29) e por últimos os bilíngües (média 0,07). Esse fato somado aos dados já apresentados suscita a hipótese de que as crianças de comunicação total dessa amostra tenham uma conduta mais insegura em

relação aos oralizados e aos bilíngües, enquanto este último teria indicativo de se sentirem mais seguros.

Em relação aos aspectos cognitivos utilizou-se o nível de maturidade mental de Koppitz (1978). Os resultados são apresentados na tabela 13.

Tabela 13 – Comparação do nível de maturidade mental entre surdos e ouvintes

	T	gl	Sig.	Diferença de média
Nível de Maturidade Mental	-,670	116	,504	-,19

Não foram encontradas diferenças significativas entre surdos e ouvintes. Este resultado confirma os estudos de Rosestein (1961) e Vernon (1967) citados por Moores (1982).

Em seguida foi realizada a prova *one way anova* entre os grupos de surdos bilíngües, comunicação total e oralizados para verificar diferenças em relação ao nível de maturidade mental. Os resultados são apresentados na tabela 14.

Tabela 14 – Comparação do nível de maturidade mental entre os grupos de surdos

	gl	F	Sig.
Nível de Maturidade Mental	2	1,467	,237

A tabela 14 explicita que não foram encontradas diferenças significativas. Ainda assim é interessante apresentar a média de cada um dos grupos. Os bilíngües (média=4,55)

tiveram média levemente superior a dos oralizados (média=4,00) e que foi superior aos de comunicação total (média= 3,95).

Essas médias foram destacadas mesmo sem serem significativas do ponto de vista estatístico por diferenciarem-se dos resultados obtidos por meio do TPC. No DFH os bilíngües tiveram média do nível de maturidade mental acima dos oralizados, mesmo tendo escolaridade significativamente inferior. Koppitz (1976) esclareceu que esse indicador considera as diferenças de idade, mas não sofreria influência da escolaridade. Este achado concorda com o histórico sobre a surdez, quando diz que o modelo do bilingüismo surgiu para superar as falhas educacionais que a comunicação total e oralismo não conseguiram suprir. Ademais corroboram para reflexão sobre a diferença dos surdos em relação a funcionalidade, mas não no que se refere a existência de recursos cognitivos e emocionais.

Desenho da Figura Humana – escala Sisto (2005)

De acordo com Sisto (2005), os indicadores cognitivos permitem verificar diferenças que consideram as etapas do desenvolvimento independentemente de aspectos culturais. Para realizar a comparação entre os grupos, primeiramente eles foram separados em femininos e masculinos, para seguir os padrões de dados considerados fáceis, médios e difíceis para os sexos, sugerido por Sisto (2005). Em seguida, foi realizado o *t* de *student* para comparação entre ouvintes e surdos, conforme pode ser observado na tabela 15.

Tabela 15 - Comparação DFH-Sisto entre surdos e ouvintes de acordo com o sexo.

Variáveis	t	gl	Sig	Diferença de média
Não cumpriu com os critérios A - masculino	,944	57	,349	,05
Fácil – masculino	-,645	55	,522	-,30
Médio – masculino	,265	55	,792	,17
Difícil-masculino	-,027	55	,979	-,02
Total escala Sisto – masculino	-,095	55	,924	-,15
Não cumpriu com os critérios A - feminino	-1,308	57	,196	-,08
Fácil – feminino	,466	54	,643	,24
Médio – feminino	-1,295	54	,201	-1,03
Difícil – feminino	-,107	54	,915	-,06
Total escala Sisto -feminino	-,535	54	,595	-,85
Não cumpriu com os critérios A - ambos sexos	-,422	116	,673	-,02
Total escala Sisto - ambos sexos	-,457	111	,648	-,50

Como pode ser visto na tabela 15 não houve diferenças significativas entre surdos e ouvintes na escala Sisto. Para comparação entre os grupos de surdos, a separação por sexo foi mantida e realizou-se a prova *one way anova* entre os grupos de surdos.

Tabela 16 - Comparação DFH-Sisto entre os surdos

Variáveis	gl	f	Sig.
Não cumpriu com os critérios A - masculino	2	,539	,588
Fácil – masculino	2	,365	,697
Médio – masculino	2	,935	,402
Difícil-masculino	2	,536	,590
Total escala Sisto – masculino	2	,510	,605
Não cumpriu com os critérios A - feminino	2	1,341	,274
Fácil – feminino	2	1,325	,278
Médio – feminino	2	,275	,761
Difícil – feminino	2	,494	,614
Total escala Sisto –feminino	2	,154	,858
Não cumpriu com os critérios A - ambos sexos	2	,905	,409
Total escala Sisto - ambos sexos	2	,256	,775

Não foram encontradas diferenças entre os grupos de surdos nos indicadores propostos por Sisto (2005). Esse dado corrobora com os achados no DFH-Koppitz que não encontrou diferenças no nível de maturidade mental dos surdos e reafirma a argumentação já apresentada.

Relação entre os testes

A correlação se refere à relação, associação, que há entre medidas (Guéguen,1999; Levin & Fox, 2004). Neste caso, são medidas diferentes de um mesmo grupo de sujeitos que dispõem de duas distribuições de dados. A primeira distribuição é relativa à incidência da presença ou ausência dos indicadores do DFH e a segunda a frequência dos indicadores do Pfister.

Inicialmente consideraram-se os indicadores emocionais do Pfister (frequências do uso das cores e síndromes cromáticas) em relação aos indicadores emocionais do DFH-Koppitz (1976). Para tal, utilizou-se *t* de *student* e permitiu verificar a relação entre os indicadores dos dois testes. Dos resultados obtidos, selecionou-se os estatisticamente significativos que se correlacionaram com mais de um indicador para apresentar na tabela 17.

Tabela 17 - Diferença de média nos indicadores emocionais do DFH e do Pfister.

IE do DFH	Indicador Pfister	Presença do IE	n	média	t	df	Sig.	Diferença de média																																																																																										
Sombreado	Laranja	0	98	8,5946	-2,791	101	,006	-6,0734																																																																																										
		1	5	14,6680					do corpo	Preto	0	81	5,1289	-4,394	84	,000	-8,6471	1	5	13,7760	Cabeça	Verde	0	109	17,0644	-3,384	110	,001	-17,0089	1	3	34,0733	pequena	Amarelo	0	106	10,6078	-3,845	107	,000	-17,5388	1	3	28,1467		Dinamismo	0	112	32,3813	-4,414	113	,000	-31,3221	1	3	63,7033	Olhos	Preto	0	84	5,2367	-5,986	84	,000	-16,9833	1	2	22,2200	cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993	1	2	35,5550	Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804
do corpo	Preto	0	81	5,1289	-4,394	84	,000	-8,6471																																																																																										
		1	5	13,7760					Cabeça	Verde	0	109	17,0644	-3,384	110	,001	-17,0089	1	3	34,0733	pequena	Amarelo	0	106	10,6078	-3,845	107	,000	-17,5388	1	3	28,1467		Dinamismo	0	112	32,3813	-4,414	113	,000	-31,3221	1	3	63,7033	Olhos	Preto	0	84	5,2367	-5,986	84	,000	-16,9833	1	2	22,2200	cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993	1	2	35,5550	Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900						
Cabeça	Verde	0	109	17,0644	-3,384	110	,001	-17,0089																																																																																										
		1	3	34,0733					pequena	Amarelo	0	106	10,6078	-3,845	107	,000	-17,5388	1	3	28,1467		Dinamismo	0	112	32,3813	-4,414	113	,000	-31,3221	1	3	63,7033	Olhos	Preto	0	84	5,2367	-5,986	84	,000	-16,9833	1	2	22,2200	cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993	1	2	35,5550	Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900																		
pequena	Amarelo	0	106	10,6078	-3,845	107	,000	-17,5388																																																																																										
		1	3	28,1467						Dinamismo	0	112	32,3813	-4,414	113	,000	-31,3221	1	3	63,7033	Olhos	Preto	0	84	5,2367	-5,986	84	,000	-16,9833	1	2	22,2200	cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993	1	2	35,5550	Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900																														
	Dinamismo	0	112	32,3813	-4,414	113	,000	-31,3221																																																																																										
		1	3	63,7033					Olhos	Preto	0	84	5,2367	-5,986	84	,000	-16,9833	1	2	22,2200	cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993	1	2	35,5550	Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900																																										
Olhos	Preto	0	84	5,2367	-5,986	84	,000	-16,9833																																																																																										
		1	2	22,2200					cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993	1	2	35,5550	Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900																																																						
cruzados	Incolor	0	101	13,3557	-4,475	101	,000	-22,1993																																																																																										
		1	2	35,5550					Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401	1	13	9,2308	cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900																																																																		
Braço	Preto	0	73	4,9907	-3,144	84	,002	-4,2401																																																																																										
		1	13	9,2308					cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060	1	14	18,8900																																																																														
cumprido	Incolor	0	89	12,9840	-2,804	101	,006	-5,9060																																																																																										
		1	14	18,8900																																																																																														

Para avaliar os resultados da tabela 17, pode-se consultar a coluna diferenças de média, quando o número recebe peso negativo significa que àqueles sujeitos que tiveram a presença do indicador no DFH, também tiveram a frequência aumentada do indicador no Pfister. Do mesmo modo, àqueles que possuem número com peso positivo tiveram a presença do indicador no DFH relacionado com a frequência reduzida do indicador no Pfister. Para que os dados ficassem mais claros foi mantida a coluna “média”, que facilita a visualização dessas diferenças. Em seguida, os resultados encontrados no DFH e no Pfister foram discutidos de acordo com o significado de cada indicador obtido no manual de

Koppitz (1976), no caso do DFH, em relação ao teste de Pfister, de Villemor-Amaral (2005).

O **sombreado do corpo**, no DFH, relaciona-se significativamente com as cores **preto**↑ e **laranja**↑ no Pfister. O sombreado representaria angústias por algo real ou fantasiado, atrelada a uma ansiedade com o corpo. Ao laranja↑ atribuí-se a significação de excitabilidade, desejo de domínio e onipotência, reduzindo o senso de autocrítica à arrogância, enquanto ao preto↑ indica-se a função repressora. Deste modo, as angústias reais ou imaginárias estariam associadas à repressão como defesa em relação aos estímulos (conteúdos latentes) na tentativa de manter o equilíbrio psicológico.

A **cabeça pequena** está associada ao sentimento intenso de inadequação social e teve relação, no Pfister, com a **síndrome de dinamismo**↑ (composta pelas cores verde, amarelo e marrom), devido a frequência das cores **verde**↑ e **amarelo**↑. A cor verde se vincula a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos, quando aumentada denota uma sobrecarga de estimulação. O amarelo aumentado está ligado ao exagero das manifestações afetivas mais estilizadas e menos espontâneas, assim como imaturidade, estrutura pouco sólida, baixa tolerância à frustração, instabilidade, egocentrismo e irritabilidade. A sensação de sobrecarga associada ao exagero de atuações estereotipadas pode levar ao sentimento de inadequação social. Uma intensidade maior de estimulação pode levar uma pessoa a sentir a necessidade de fazer mais coisas.

O desenho dos **olhos cruzados** implica em hostilidade, irá e rebeldia. As crianças que o realizaram, apresentaram no Pfister a frequência acentuada da **síndrome incolor**↑ (composta pelas cores preto, cinza e branco). A síndrome incolor aumentada indica a fuga de situações afetivas ou de estímulos com a tentativa de manter o equilíbrio, mesmo que

este seja bastante frágil. Quando associada ao aumento do preto, como é o caso, indica uma função repressora.

Os **braços cumpridos**, no DFH, são vinculados a agressividade tanto auto como alo dirigida. Este indicador teve relação com a **síndrome incolor**↑, devido a **cor preta**↑. A combinação desses indicadores sugere associação entre a agressividade expressa e a falta de inibição dos impulsos agressivos.

Além desses indicadores, há os indicadores do DFH que foram significativos em relação a apenas um indicador do pñister. Esses são apresentados a seguir.

A presença ou ausência da **assimetria** diferenciou a média da cor **branca**↓ ($t=2,168$; $p= 0,033$). A assimetria trata-se de manifestação neurótica, vinculada a sentimento de inadequação física e a confusão no que se refere à lateralidade. Os participantes que apresentaram esse indicador utilizaram menos a cor branca. A cor branca vincula-se ao sentimento de vazio interior, a fragilidade estrutural e estabilidade precária. Ademais, a **síndrome fria** ↑ ($t=-2,088$; $p=0,39$) também associou-se ao indicador assimetria. A síndrome fria é composta pelas cores azul, verde e violeta e indica sobrecarga de estimulação geradora de ansiedade, os quais podem provocar a ruptura do equilíbrio psicológico. Esses dados contribuem para que tais indicadores sejam interpretados como vinculados a quadros psicopatológicos ou de caráter neurótico.

O **desenho da figura pequena**, no DFH, associou-se a cor **verde**↓ ($t= 2,364$; $p= 0,20$). Esse indicador do DFH relaciona-se a sentimentos de insegurança, retraimento e inadequação, em alguns casos, também, à depressão, e esteve presente com o rebaixamento da cor verde, o que denota uma dificuldade de adaptação ao ambiente, podendo levar a um enrijecimento afetivo e atitudes estereotipadas. Deste modo ambos os indicadores, figura

pequena e rebaixamento verde, estão associados a um sentimento de inadequação e insegurança.

A **figura grande**, por sua vez, relaciona-se a imaturidade, expansividade e falta de controle. A presença deste indicador está associada a cor **cinza**↑ ($t= -3,755$; $p= 0,000$), que por sua vez indica timidez e cautela no que toca às trocas emocionais, isto é, indicaria um retraimento defensivo e uma tendência oposicionista.

As crianças que apresentaram **transparência** também tiveram a média da cor **laranja**↑ em relação às demais ($t= -2,164$; $p= 0,33$). A transparência significa certa imaturidade, impulsividade e uma conduta mais atuadora, indicando ansiedade e preocupação com alguma parte do corpo. O aumento do laranja, conforme já mencionado, corresponde ao desejo de domínio e onipotência. A presença desses indicadores converge para um determinado estado psíquico de domínio e onipotência.

A diferenciação também se deu pela presença do indicador **mãos cortadas**, no DFH, que se associou com a **síndrome normal**↓(combinação das cores azul, vermelho e verde aumentadas) no Pfister ($t= 2,468$; $p= 0,15$). As mãos cortadas denotam pessoas com sentimento de inadequação ou de culpa, incapazes de atuar, melhor dizendo, de expressar seus sentimentos. A síndrome normal reflete um esforço para aparentar uma normalidade, quando rebaixada indica falta de preocupação com os padrões considerados normais. Possivelmente é a presença desses sentimentos que levam os indivíduos a colocarem menos esforços no sentido de aparentar normalidade.

O indicador **três figuras espontaneamente desenhadas** condensa a perseveração e quando se trata de desenhos diferentes, há falta de sentimento de identidade. Este indicador esteve associado a **cor preta**↑ ($t= -2,174$; $p= 0,033$). O uso da cor preta estaria associado à defesa contra estímulos e ao medo de impulsos que poderiam provocar a perda de equilíbrio.

A presença desses indicadores no DFH e no Pfister está relacionada a falta de identidade e a perseveração.

Nuvens implica em intensa ansiedade e agressividade dirigida a si mesmo, encontrado em pessoas que parecem sentir-se ameaçados pelo mundo. As crianças que desenharam nuvem tiveram a frequência de uso da cor **preta** ↑ ($t=-2,073$; $p= 0,41$), isto é, possuem medo de desencadear impulsos que poderiam levar a uma desestruturação interna.

A omissão dos indicadores emocionais esperados foram os que apresentaram maior poder de relação com os indicadores selecionados do Pfister. Esses dados podem ser analisados na tabela 18.

Tabela 18- Diferença de média dos IE esperados no DFH em relação ao Pfister.

IE do DFH	Indicador Pfister	Presença	n	média	t	df	Sig.	Dif. de média
Omissão do nariz	Violeta	0	95	15,0409	2,467	104	,015	6,5564
		1	11	8,4845				
	Fria	0	104	46,9658	2,677	113	,009	9,3894
		1	11	37,5764				
Dinamismo	Amarelo	0	104	10,5767	-3,070	107	,003	-11,2013
		1	5	21,7780				
Omissão do tronco	Vermelho	0	110	32,5255	-2,656	113	,009	-15,4745
		1	5	48,0000				
Omissão dos braços	Amarelo	0	112	19,1272	-4,699	111	,000	-47,5428
		1	1	66,6700				
	Estímulo	0	108	10,8846	-2,783	107	,006	-22,4454
1		1	33,3300					
Omissão das pernas	Estímulo	0	115	36,8119	-5,117	114	,000	-63,1881
		1	1	100,000				
	Vermelho	0	108	18,9097	-2,970	111	,004	-14,4243
1		5	33,3340					
Omissão dos pés	Cinza	0	84	4,3105	-3,689	85	,000	-4,5795
		1	3	8,8900				
	Estímulo	0	111	36,6970	-2,522	114	,013	-15,3030
1		5	52,0000					
Omissão do pescoço	Amarelo	0	104	10,7263	-2,130	107	,035	-7,9397
		1	5	18,6660				
	Cinza	0	84	4,3635	-2,349	85	,021	-3,0432
1		3	7,4067					
Omissão dos pés	Azul	0	88	17,2734	2,286	107	,024	3,3044
		1	21	13,9690				
Omissão do pescoço	Branco	0	84	5,7660	-3,417	87	,001	-6,6780
		1	5	12,4440				
Omissão do pescoço	Incolor	0	98	13,4017	-2,336	101	,021	-7,9323
		1	5	21,3340				

A **omissão do nariz** se trata de conduta tímida e retraída com ausência de agressividade manifesta e um escasso interesse social. Esse indicador esteve associado a **síndrome fria**↓ (composta pelas cores azul, verde e violeta), que se vincula a casos patológicos. O rebaixamento da síndrome fria, neste caso, é consequência da cor **violeta**↓, que indica a diminuição de tensões e ansiedades.

A **omissão da boca** teve relação com a **síndrome de dinamismo**↑, em consequência da cor **amarela**↑. O indicador do DFH está associado a sentimentos de angústia, insegurança e retraimento, atitude de resistência passiva e incapacidade de comunicação com os demais. Parece estar associada ao medo, a angústia e ao perfeccionismo. Neste estudo, este indicador se relacionou com o a frequência da cor **azul**↑ ($t=-2,094$; $p=0,39$), que pode estar associado a um sentimento de inferioridade, incapacidade, insatisfação e ambivalência.

Outro indicador do DFH que se relacionou significativamente com o Pfister foi a **omissão do tronco**. Este está associado com a **síndrome de estímulo** ↑, em função do **vermelho**↑ e do **laranja**↑. A omissão do tronco indica imaturidade severa, psicopatologia, atraso mental e disfunção cortical, proporcionado por intensa ansiedade de castração. A síndrome de estímulo (vermelho, amarelo e laranja juntos) denota tendência ao egocentrismo e a desadaptação.

A **omissão dos braços** relaciona-se a ansiedade e culpa por controle socialmente inaceitáveis, culpa por hostilidade na sexualidade, depressão e retraimento. Este indicador do DFH associou-se com a **síndrome de estímulo**↑, em função do **vermelho**↑, e **cinza**↑. Esses indicadores já foram comentados e tratam, respectivamente, da tendência ao egocentrismo e desadaptação e da repressão dos afetos como defesa. A conduta de

retraimento, indicada pelo DFH, possivelmente acontece em função da necessidade de defesa contra os afetos.

O indicador **omissão das pernas** está relacionado com as cores **amarelo**↑ e **cinza**↑. O amarelo aumentado significa exagero das manifestações menos espontâneas e mais estilizadas, enquanto o cinza indica timidez e restrições no contato emocional. Deste modo, a omissão das pernas parece associar-se com a dificuldade na expressão afetiva. Por ser raro a pessoa deixar de desenhar as pernas este indicador sempre deve ser observado com cautela.

A **omissão dos pés** denota insegurança e está relacionado com o **azul**↓ indica falta de controle e adaptação. A **omissão do pescoço** reflete imaturidade, impulsividade e controle interno pobre e esteve associado ao **aumento da síndrome incolor**, em função do **branco**↑. Esse indicador do Pfister sugere equilíbrio psíquico frágil, que corresponde a imaturidade, impulsividade e controle interno pobre no DFH.

Em relação aos indicadores cognitivos, foram correlacionados os aspectos formais do teste de Pfister com o nível de maturidade mental na escala de Koppitz e com o valor bruto na escala Sisto. Esses dados permitiram verificar as correlações, que são apresentadas da tabela 19.

Tabela 19 – Correlação dos indicadores cognitivos dos testes de Pfister e DFH

Variáveis		NMM	Total escala Sisto
Presença de tapete com início de ordem	Correlação	-0,321,	-0,283,
	Sig.	0,000	0,003
Presença de formação em camada multicromática	Correlação	--	0,200,
	Sig.	--	0,035
Presença de estrutura simétrica	Correlação	0,211	--
	Sig.	0,023	--
NMM	Correlação	--	0,507
	Sig.	--	0,000

Verificou-se correlação altamente significativa entre o total do escore bruto na escala Sisto (2005) e o nível de maturidade mental de Koppitz (1976). Como podemos verificar na tabela acima, esse dado corrobora para evidências de validade dos critérios convergentes para codificação do DFH, em ambas as escalas.

A presença de **tapete com início de ordem** no Pfister, correlacionou-se negativamente com o **escore total na escala Sisto** e com o **Nível de Maturidade Mental de Koppitz**. Isto é, observa-se que quanto maior a frequência de tapete com início de ordem, menor é o nível intelectual do grupo de crianças pesquisadas. Entretanto, a presença desse aspecto formal indica a busca por uma organização mais estruturada, conforme mencionam Oliveira, Pasion, Jacquemim (2001) e Villemor-Amaral (2005)

O indicador **formação em camada multicromática** teve alta correlação positiva com o **escore total da escala Sisto**. Este resultado confirmaria que o aspecto formal associa-se a níveis estruturais mais sofisticados que os tapetes, concordando com os achados de Costa (2004).

Outro resultado neste estudo que ratifica com Costa (2004) foi a presença de estrutura simétrica significativa e positiva com o nível de maturidade mental. Costa (2004)

encontrou dados semelhantes ao verificar correlação positiva entre os níveis intelectuais elevados na BPR-05 e a presença do aspecto formal estrutura. Isto é, o uso de estrutura significaria organização cognitiva mais sofisticada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados significativos, do ponto de vista estatístico, viabilizaram compreender alguns aspectos sobre os instrumentos projetivos ora usados, Pfister e DFH, e sobre a surdez em si. A análise qualitativa dos resultados psicométricos possibilita uma compreensão dos grupos e dos elementos que compõem as duas técnicas. Deste modo, o presente estudo permitiu constatar que:

Os resultados do Pfister, neste trabalho, evidenciam traços de ansiedade em surdos quando comparados com ouvintes e que os surdos apresentam boa estruturação cognitiva. Embora os ouvintes tenham demonstrado estrutura mais sofisticada que os surdos. A diferença de estruturação cognitiva também foi verificada entre os surdos, de modo que os oralizados teriam estrutura cognitiva mais sofisticada que os de comunicação total, que teriam organização mais elaborada que os bilíngües.

Ao considerar esses resultados é preciso atentar-se para presença de ansiedade, pois ela é encontrada em diferentes quadros psicopatológicos e é um sinal de alerta muito importante. No trabalho com os surdos é preciso que se atente a essa característica tomando-se os devidos cuidados para não considerar a ansiedade como cristalizada nesse grupo. Ademais, o fato de indicarem boa estruturação cognitiva é um fator positivo até mesmo para lidar com a ansiedade descrita.

Esses resultados suscitam novas indagações. Haveria uma causa para diferenças na estruturação cognitiva e ansiedade? Elas seriam intrínsecas a surdez ou se dariam por vivências ao longo da vida? As dificuldades de comunicação da criança surda ao tentar estabelecer as redes sociais e lingüísticas podem interferir nisso? Qual a influência de fatores genéticos, familiares e etiológicos nesses dados? Diante dessas informações, qual o

papel do psicólogo e dos demais profissionais que trabalham com surdos? Todas essas são questões merecedoras de estudos e reflexões.

Ainda falando sobre a utilização do teste de Pfister para surdos, vale destacar que não foi realizada a análise de fórmula cromática, mas que seria interessante se pesquisas futuras considerarem esse indicador. A fórmula cromática leva em conta o grau de estabilidade nas escolhas e a amplitude, isto é, abertura aos estímulos.

Diferindo-se do Pfister, o DFH-Koppitz (1976) não diferenciou os grupos de surdos e ouvintes nos indicadores emocionais nem no nível de maturidade mental. Entretanto, tal como o Pfister, mostrou-se eficaz na comparação dos grupos de surdos de acordo com o modelo educacional em que estão inseridos. A presença dos indicadores transparência somente em comunicação total, braços colados ao corpo somente em bilíngües, três ou mais figuras espontaneamente desenhadas e nuvens aumentado nos grupos de surdos de comunicação total e oralizados em relação aos bilíngües evidenciou diferenças entre os grupos que foram condizentes com as teorias sobre surdez.

A presença do indicador transparência em surdos de comunicação total, associada a característica de ansiedade, reforça o cuidado que se deve ter com este grupo, pois indica que o aproveitamento dos recursos cognitivos está influenciado pela compreensão limitada da realidade e interação precária. Além disso, a presença de três ou mais figuras desenhadas indica a sensação de estarem perdidas num ambiente escolar e de fato isso pode ocorrer com as crianças surdas oralizadas e de comunicação total desse estudo. Todas estudam em escolas públicas, cujas salas de aula tem como característica ter muitos alunos.

Os resultados das duas técnicas na comparação dos surdos corroboram entre si e coadunam com os relatos dos comportamentos das crianças surdas durante a aplicação dos

testes. Destaca-se, entretanto as diferenças em relação à estruturação cognitiva e ansiedade evidenciada no teste de Pfister e ausente no DFH.

O DFH-Sisto e o DFH-Koppitz não diferenciaram aspectos cognitivos entre surdos e ouvintes. Acredita-se, deste modo, que surdos e ouvintes se assemelham nesses aspectos, concordando com os estudos mais recentes sobre os aspectos cognitivos de surdos.

Ademais, as correlações encontradas entre Pfister e DFH evidenciam alguns indicadores em ambos instrumentos que avaliam os mesmos traços de personalidade. Entretanto, há um número relativamente reduzido de correlações e por vezes houve indicadores emocionais, tal como a cor preta no Pfister, que se relacionaram com diversas variáveis do DFH.

A combinação freqüente de determinadas variáveis contribui com a idéia de que um indicador não pode ser analisado isoladamente. No uso cotidiano dos instrumentos, destaca-se a importância de considerar o conjunto de indicadores do teste e o contexto de avaliação como um todo. Do mesmo modo, conforme já mencionado, as técnicas projetivas devem ser analisadas, em pesquisa, de acordo com um conjunto de elementos, formando constelações de indicadores, que possibilitem uma compreensão integral do sujeito. Sugere-se, por tanto, que em pesquisas futuras correlacionem-se os agrupamentos de indicadores que meçam um mesmo traço de ambos os instrumentos.

Neste estudo, faltou fazer as análises de juízes para codificação independente, que permitiria verificar a fidedignidade dos instrumentos. As pesquisas de fidedignidade tem sido bastante relevantes e permitem afirmar a confiabilidade do instrumento, sendo muito importante quando se trata das técnicas projetivas. Além disso, faltou usar instrumentos e análises que avaliassem a adequação das técnicas projetivas que foram usadas.

A validação dos instrumentos para determinados contextos é muito importante, conforme mencionado no capítulo 1. Quando se trata de populações que possuem déficits esse panorama se torna mais grave e quando falamos em surdos, cujas limitações lingüísticas são evidentes, a perspectiva de instrumentos adequados ficam escassas. O fato das técnicas usadas nessa pesquisa serem não verbais e possuírem características lúdicas, reduz a associação com o ambiente escolar, facilitando a aproximação com os surdos.

No que se refere aos modelos educacionais, cada qual possui suas vantagens e desvantagens. Nota-se que os grupos diferenciaram-se em relação aos indicadores, tanto emocionais do DFH como de estruturação cognitiva no Pfister. Isto contribui para a idéia de que há diferenças advindas do modelo ao qual a criança foi exposta.

Não é papel do psicólogo sozinho recomendar qual a política educacional mais adequada, pois além dos aspectos emocionais e cognitivos essa indicação requer um estudo fonoaudiológico e lingüístico das reais possibilidades de cada criança surdas. Cabe sim ao psicólogo e a todo profissional que lida com surdos preocuparem-se com todas essas questões para proporcionar uma formação completa aos surdos.

Contudo, verificaram-se evidências de validade convergente entre o teste de Pfister e o Desenho da Figura Humana. A partir do presente estudo sugerem-se novas pesquisas que venham a contribuir com mais evidências de validade e fidedignidade dos instrumentos, bem como é importante que sejam feitos novos estudos com instrumentos não verbais para surdos, tanto dos aspectos emocionais como cognitivos. Lembrando que as instruções, quando na língua do surdo, não podem ser facilitadas, pois o potencial para aprendizagem e compreensão deve ser considerado o mesmo.

Além disso, essa pesquisa só faz sentido para a população alvo a partir do momento que os psicólogos começarem a usar essas técnicas para favorecer a avaliação e prognóstico dos surdos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abell, S.C. , Von Briesen, P. D. & Watz, L. S. (1996). Intellectual evaluations of children using human figure drawings: an empirical investigation of two methods. *Journal Clinic Psychoogy*, 52(1):67-74.
- Alchieri, J. C. (2003). *Avaliação psicológica: Conceito, método e instrumentos*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Almeida, O. M. P. (2001). Principais conquistas dos primeiros anos de vida - uma visão psicanalítica. Em Fonseca, V.R.J.R.M. (Org) *Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta*. (pp.15-24). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Annal of Deaf*. <http://gupress.gallaudet.edu/annals/>, acesso em 5 de maio de 2006.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, Nacional Concil on Measurement in Education (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association)
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (M.V.Veronese, trad.). 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos* (D.M. Leite, Trad.). São Paulo: EPU.
- Anderson, H. H. (1967). Comportamento humano e desenvolvimento da personalidade. Em Anderson, H. H. & Anderson, G. L. (1967) *Técnicas projetivas de diagnóstico psicológico* (E. Bennett, trad.). São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Andrade, M. R. (1979) *Os indicadores maturacionais e emocionais de Koppitz para os testes de Bender e do DFH em crianças de dois níveis socioeconômicos*. Tese de doutorado: Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Arias, R. M. (1996). *Psicometria: teoria de los testes psicológicos y educativos*. Madrid: Sintesis Psicologia.
- Backes-Thomas, M. (1974). *Teste dos Três Personagens: Contribuição ao Estudo dos Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bailly, D, Dechoulydelenclave, M. B. & Lauwerier, L. (2003). Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents: Review of the recent literature. *Encephale*, 29(4),329-337.
- Beck, B. (1988). Self-assessment of selected interpersonal abilities in hard of hearing and deaf adolescents. *Internacional Journal rehabilitation research*, 11(4),343-349.
- Bleichmar, N. M. & Bleichmar, C. L. (1992). *A psicanálise depois de Freud: teoria e clinica* (F. F. Settineri, trad.) Porto Alegre: Artes médicas.

- Bouvet, D. (1990). *The path to language bilingual education for deaf children (J.E. Johnson, trad do original La parole de l'enfant sourd, 1989)*. Clevedon, Multilingual Matters Philadelphia.
- Brazelton, T. B. (1981). *Bebês e mães* (A. Cabral, trad) Rio de Janeiro, Campos.
- Campos, D. M.de S. (1973). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Editora vozes.
- Capovilla, F. C. & Raphael, W. D. (2004). *Enciclopédia da Língua de Sinais Brasileira: O mundo do surdo em Libras*. São Paulo: [Fundação] Vitae: Fapesp: Editora da Universidade de São Paulo, imprensa oficial do Estado de São Paulo.
- Capovilla, F. C. (1997). Filosofias educacionais em surdez: oralismo, comunicação total e bilingüismo. *Ciência cognitiva: teoria, pesquisa e aplicação*, 1 (2), 561-588.
- Cardia, M. F., Cariola, T. C. & Palamin. M. E. (2001). O desenho da figura humana na evolução clínica da arte-terapia com crianças deficientes auditivas. *Pediatria moderna*. Vol.37(3).
- Carvalho, J. M. (2000). *O ideal de completude narcisica e o adolescente surdo: um estudo clínico*. Dissertação de mestrado da Pontifca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Celli, A. (1974). *Sinais de ansiedade nos desenhos da Figura humana de crianças surdas e de crianças normais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Celli, A. (1978). *Comparativos dos indicadores emocionais de Koppitz em desenhos da figura humana realizados por escolares atípicos (poliomielíticos, diabéticos, surdos e cardiopatas)*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Chabert, C. (2004). *Psicanálise e Métodos Projetivos*. São Paulo: Vetor.
- Ciccione, M. C. (1990). *Comunicação Total: introdução, estratégia a pessoa surda*. Rio de Janeiro: Cultura médica.
- Cloninger, S. C. (1999) *Teorias da personalidade* (C. Berliner, trad.). São Paulo: Martins fontes.
- Conselho Federal de Psicologia. (CFP). (2003). *Resolução n° 002*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n° 025/2001.
- Corvera, J. & Gonzalez, F. (2000) The psychodynamics of deafness. *Gac Med Mex*;136 (2):139-51.

- Costa, O. R. S (2004). *Um estudo correlacional das pirâmides de Pfister e a BPR-5*. Dissertação de Mestrado da Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Culbertson, J. L. & Gilbert, L. E. (1986). Children with unilateral sensorineural hearing loss: cognitive, academic, and social development. *Ear Hear*, 7(1):38-42.
- Decoster, B. (1988). Is there such a thing as psychodynamics of deafness. *Acta Otorhinolaryngol Belg*, 42(3):365-74.
- Dib, M. C. (1989). *O processo de separação e individuação da criança com deficiência auditiva congênita*. Dissertação de mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Engle, P.L & Suppes, J. S. (1970) Analysis of General Anxiety Scale for Children and Draw-a-person measures of general anxiety level of elementary school children. *Journal of projective techniques and personality assessment*. 34 (3): 223-231.
- Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos. (FENEIS). <http://www.feneis.org.br/feneis/index.shtml>, recuperado em 10 de janeiro de 2006.
- Ferreira, P. H. R, Junior, A. N. & Ramos, E. S. (2005). *Perfil Social de usuários do Centro de Desenvolvimento para Surdos - Instituto Phala*. Em anais VI Encontro de Pesquisa na área de Serviço Social da PUC-Campinas e Unicamp, Campinas, São Paulo.
- Ferreira-Brito, L. (1993). *Integração social & surdez*. Rio de Janeiro: Babel Edit.
- Ferreira-Brito, L. (1995). *Por uma gramática de língua de sinais*. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, departamento de lingüística e filologia da UFRJ.
- Fonseca, V. R. J. R. M. (2001). Desenvolvimento psicológico na deficiência auditiva. Em Fonseca, V. R. J. R. M. (Org), *Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta*. (pp.39-57). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freeman, R. D., Malkin, S. F. & Hasting, J. O. (1975). Psychosocial problems of deaf children and their families: a comparative study. *American Annals of the deaf*, 120, 391-405.
- Freud, S. (1974). Totem e tabu. *Em Obras completas de Sigmund Freud: Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos*. (G. Jensen, trad.) Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1939).
- Freud, S. (1996). Conferência XXXI- A dissecação da personalidade psíquica. *Em Obras completas de Sigmund Freud: Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos*. Vol. XXXII (J. Salomão, Trad.). (pp.63-84). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1939).
- Góes, M. M. R. de. (1999). *A linguagem, surdez e educação*. 2ed. Editores associados: Campinas, SP.

- Goldfeld, M. (1997). *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista*. São Paulo: Plexus.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gueguén, N (1999). *Manual de estatística para psicólogos* (B. de Souza, trad.). Lisboa: climepsi editores.
- Hall, C. S. & Lindzey, G. (1984). *Teorias da personalidade*. (M. C. M. Kupfer, trad.) 18. ed. São Paulo: E.P.U.
- Hammer, E. F. (1981). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Harrison, K. M. P., Lodi, A. C. B. & Moura, M. C. (1997). Escolas e escolhas: o processo educacional do surdo. Em Lopes Filho, O. C. (Org), *Tratado de fonoaudiologia*.(359-400). São Paulo: Roca.
- Hindley, P. (1997). Psychiatric aspects of hearing impairments. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 38(1):101-17.
- Hutz, C. S. & Bandeira, D. R. (1993). Tendências contemporâneas no uso dos testes: uma análise da literatura brasileira e internacional. *Psicologia: reflexão e crítica*, 6 (1/2), 85-101.
- Instituto Nacional de Educação de Surdos. (INES). <http://www.ines.org.br/>, recuperado em 10 de janeiro de 2006.
- Jambor, E. & Elliott, M. (2005) Self-esteem and coping strategies among deaf students. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 10(1):63-81.
- Johnson, J. H. (1971) Note on the validity of Machover's indicators of anxiety. *Perceptual and motor skills*. Vol. 33(1):126.
- Klein, M. (1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do Ego. *Em Obras completas de Melaine Klein*, vol. I – Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. (A. Cardoso, Trad.) Rio de Janeiro: Imago editora (Originalmente publicado em 1930).
- Klepsch, M. & Logie, L. (1984). *Crianças desenharam e comunicam-se: uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana*. (J.A. Cunha, trad.). Porto Alegre: artes médicas.
- Koppitz, E. M. (1976). *El debrejo de la figura humana in los niños: Evolución Psicológica*. (M. J. Garcia e M. R. Braile, Trad.). 4 ed. Buenos Aires-Argentina: Editorial Guadalupe.
- Kuhn, A. M. B. (1990). *Avaliação psicológica dos aspectos afetivo-emocionais e intelectuais em uma população de crianças com surdez neurosensorial profunda*. Tese

- de doutorado da Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, São Paulo.
- Kusche, C. A., Garfield, T. S. & Greenberg, M. T. (1983). The understanding of emotional and social attributions in deaf adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 153-160.
- Kyle, J. (1998). *Sign Language: the study of the deaf people and their language*. Cambridge university press.
- Kyle, J. (1999). O ambiente bilíngüe: alguns comentários sobre o desenvolvimento do bilingüismo para surdos. Em Skliar, C. *Atualidade da educação bilíngüe para surdos*. Porto Alegre, mediação vol.1
- Lacerda, C. B. F. de. (1998). Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos *Caderno CEDES*,19 (46), 68-80.
- Lane, H. (1992). A máscara da benevolência: comunidades surdas amordaçadas (C. Reis, trad). Lisboa instituto Piaget.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Levin, J. Farias, A. A. de, Fox, J. A. (2004) *Estatística para ciências humanas*. 9. ed. São Paulo: Pearson Education.
- Lopes Filho, O. C. (1997). Deficiência auditiva. Em Lopes Filho, O. C. (Org), *Tratado de fonocardiologia* (pp.3-24). São Paulo: Roca.
- Luchesi, M. R. C. (1997). *Histórias de vida: uma possibilidade de compreensão do surdo*. Dissertação de mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield: C.C. Thomas, 1949
- Machover, K. (1967). O traçado da figura humana; um método para estudo da personalidade. Em H.H.Anderson & G.L.Anderson. *Técnicas projetivas de diagnóstico psicológico* (trad. Elza Bennett). São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Magalhães, V. (2006). <http://www.surdos-ce.org.br/subsidios/artigo2.htm>, recuperado em 10 de janeiro de 2006.
- Maldonado, F. P; Cariola, T. C; Yamada, M. O. & Bevilacqua, M. C. (2002). O desenho da figura humana em crianças com implante coclear e escolaridade *Pediatria moderna*. Vol 38 (5), 181-187.
- Mannoni, M. (1988). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.

- Marchesi, A. (1995). Comunicação, linguagem e pensamento das crianças surdas Em Coll, C, Palacios, J & Marchesi, A. *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar* (M.A.G. Domingues, trad). Porto Alegre, artes médicas.
- Marin Rueda, F. J. (2005). *DFH- Escala Sisto e matrizes progressivas coloridas de Raven: estudos de validade*. Dissertação de mestrado da Universidade São Francisco, Itatiba-SP.
- Marshall, J., Atkinson, J., Smulovitch, E., Thacker, A. & Woll, B. (2004). Aphasia in a user of British Sign Language: Dissociation Between sign and gesture. *Cognitive neuropsychology*, 21 (5) 537-554.
- Marzolla, A. C. (1996). *A palavra e o som: estudos do psiquismo sobre efeitos da surdez precoce no psiquismo de dois sujeitos uma compreensão psicanalítica*. Dissertação de mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Meadow, K. P & Schelsinger, H.S. (1973). *Sound and sign childhood deafness and mental health*. 2ed. University of CALIFÓRNIA Press, Berkeley.
- Moore, D. F. (1982). *Educating the deaf: psychology, principles and practices*. 2ed. Boston, Houghton Mifflin.
- Nicolosi, L; Harryman, E & Kreschec, J. (1996). *Vocabulário dos distúrbios da comunicação: Fala, linguagem e audição*. 3º ed. (S. Costa, trad.) Porto Alegre: artes médicas.
- Noronha, A.P.P. (1995). *Avaliação Psicoeducacional e pré-escola: um estudo com psicólogo*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.
- Ogden, T.H. (1996). O sujeito intersubjetivo de Winnicott. Em Ogden, T.H. Os sujeitos da psicanálise (C. Berliner, trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, E.A.; Pasian, S. R e Jacquemim, A. (2001). A vivência afetiva dos idosos. *Psicologia ciência e profissão*, 21 (1), 68-83.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida - Lab PAM.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de Exame psicológico- TEP: Manual*. São Paulo: casa do psicólogo.
- Perier, O. & De Temmerman, P. (1987) The child with defective hearing. Medical, educational, sociological and psychological aspects. *Acta Otorhinolaryngol Belg*,41(2):129-420.
- Perlin, G. T. T. (1998). *Histórias de vida surda: identidade em questão*. Dissertação de mestrado da Faculdade de Educação, Universidade Federal do rio Grande do Sul. Porto

Alegre, Rio Grande do sul.

- Prytula, R. E. & Hiland, D. N. (1975). Analysis of General Anxiety Scale for Children and Draw-a-person measures of general anxiety level of elementary school children. *Perceptual and motor skills*. Vol. 41(3): 995-1007.
- Rae, G. & Hyland, P. (2001). *Generalisability and classical test theory analyses of Koppitz's scoring system for human figure drawings*. *Br J Educ Psychol*, 71(Pt 3):369-82.
- Roslyng-Jensen, AM.A. (1997). A importância do diagnóstico precoce na deficiência auditiva. Em Lopes Filho, O.C. (Org) *Tratado de fonoaudiologia*.(pp.297-310). São Paulo: Roca.
- Sá, N. R. L. (1999). *Educação de surdos: A caminho do bilingüismo*. Niterói: Eduff.
- Sacks, O. (1990). *Vendo Vozes: uma jornada pelo mundo dos surdos*. (A.B. Pinheiro de Lemos, trad.) Rio de Janeiro: Imago
- Sarti, M. H. C. (1999). *Estudo normativo dos Itens Evolutivos e Indicadores Emocionais de Koppitz, e índices de Ansiedade de Handler, em Desenhos da Figura Humana de escolares de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (1995). *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Cultrix.
- Sisto, F. F. (2005). *Desenho da Figura Humana-Escala Sisto*. Editora Vetor.
- Skliar, C. (1997). *Educação e exclusão abordagens sócio-antropológicas em educação especial*. Porto Alegre: mediação.
- Skliar, C. (1998). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: mediação.
- Sole, M. C. P (2003). *O sujeito surdo e a psicanálise; uma outra via de escuta*. Tese de doutorado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Souza, R. M. & Góes, M. C. R. (1999). O ensino para surdos ma escola imclusiva: considerações sobre o excludente contexto da escola inclusiva. Em Skliar, C. *Atualidade da educação bilíngüe para surdos*. Porto Alegre, mediação vol.1
- Souza, R. M. (1986). *Contribuições do estudo da personalidade de adolescentes surdos através do TPC de Max Pfister*. Tese de mestrado da Pontifícia Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Souza, R. M., Duarte, F. & Cordeiro, J. A. (1991). Desenvolvimento afetivo medido pelo Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister e graus de perda auditiva um estudo exploratório. *Estudos de psicologia*, vol. 8(2), 65-101

- Stokoe, W. (1978). *Sign language structure*. Silver Spring: Listok Press.
- Tavares, M. (2003). Validade Clínica (pp.125-136). *Psico-USF*. Vol. 8 (2), jul/dez2003
- Torres, S. (2005). Deficiência auditiva infantil: psicopatologia e tratamento. Em Caballo, V.E e Simon, M.A. *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos*. (S.M. Dolinsky, trad.). São Paulo: Santos editora.
- Trenche, M.C.B. (1995). *A criança surda e a linguagem no contexto escolar*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Vaccari, C. & Marschark, M. (1997). Communication between parents and deaf children: implications for social-emotional development. *J Child Psychol Psychiatry*,38(7):793-801.
- Van Kolck, O. L. (1968). *Interpretação psicológica de desenhos: três estudos*. São Paulo: Editora pioneira limitada.
- Van Kolck, T. (1972). *Intro e Extraversão nas Pirâmides Coloridas de Pfister: confronto com o Psicodiagnóstico de Rorschach e de Mira Y Lopes*. Tese de doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Villemor Amaral, F. (1966). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. 1 ed. Rio e Janeiro: CEPa.
- Villemor Amaral, F. (1978). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. 2 ed. Rio e Janeiro: CEPa.
- Villemor-Amaral, A. E. (2002). Novas Contribuições ao teste das Pirâmides coloridas de Pfister. Em Primi, R. (Org). *Temas em Avaliação Psicológica*. (pp. 50-55). Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional, Programa de Estudos pós-graduados em Psicologia. Universidade São Francisco. IBAP (Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica).
- Villemor-Amaral, A. E. (2005). *O teste das Pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo: CETEP.
- Villemor-Amaral, A. E. Primi, R., Farah, F. H. Z., Cardoso, L. M. & Franco, R. R. C. (2003). Revisão das expectativas no Pfister para uma amostra normativa. *Avaliação Psicológica*, 2 (2), 185-188.
- Villemor-Amaral, A. E. Primi, R., Farah, F. H. Z., Silva, S. M. da, Cardoso, L. M. & Franco, R. R. C. (2004). A depressão no teste das pirâmides coloridas de Pfister. *Paidéia: Cadernos de psicologia e educação*, 14 (28), 169-179.
- Vygotsky, L. S. (1989). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1934).

Watson, S.M., Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1990). Family functioning and the social adaptation of hearing impaired youths. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 143-163.

Weiner, (2000) *Princípios da Interpretação do Rorschach*. (M.C.V.M. Silva, Trad). São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXOS

Anexo I - Ficha de identificação.

Dados da criança	3.Data:
2.Nome:	4. Sexo: 1() M 2() F
5.Data de Nascimento: / /	
6.Idade: 1() 6anos, 2() 7anos, 3() 8anos, 4() 9anos, 5() 10anos, 6() 11anos, 7() 12anos	
7.Escolaridade: () sem estudo; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7 anos	
8.Etiologia da surdez:	
9.Tipo de comunicação utilizada: 0() gestual; 1() sinais; 2() c.t.; 3() oral	
10.Perda auditiva (melhor ouvido): 1() Profunda; 2() Severa; 3() Moderada; 4() Leve	
11.Idade da criança quando foi descoberta a surdez: 0() <1 ano; 2() 2 a 3 anos; 4() 4 a 5 anos; 6() 6 a 7 anos; 8() 8 a 9 anos; 1() 1 a 2anos; 3() 3 a 4 anos; 5() 5 a 6 anos; 7() 7 a 8 anos; 9() 9 a 10anos	
12.Tipo de escola que a criança frequenta: 1() Comum; 2() Sala esp.; 3() Escola esp.	
13.Qual a idade da criança quando aprendeu a língua que usa? 0() <1 ano; 2() 2 a 3 anos; 4() 4 a 5 anos; 6() 6 a 7 anos; 8() 8 a 9 anos; 1() 1 a 2anos; 3() 3 a 4 anos; 5() 5 a 6 anos; 7() 7 a 8 anos; 9() 9 a 10anos	
14.Forma de comunicação com a família: 0() gestual; 1() sinais; 2() c.t.; 3() oral	
15.Aceitação da criança frente ao aparelho auditivo: 1() ruim; 2() tanto faz; 3() boa	
16.A criança participa ou participou de algum processo psicoterapêutico? 0() não; 1() sim	
Dados da família	
17.Família: 1() legítima; 2() adotiva	
18.Número de pessoas na família:	
19.Número de filhos na família:	
20.Ordem de nascimento do filho:	
21.Renda familiar (em salários mínimos): 1() 0 a 2 salários; 2() 3 a 5 salários; 3() 6 a 8 salários; 4() maior que 9 salários	
22.Cidade que a família reside:	
23.Procedência da família: 1() zona rural; 2() urbana	
24.Habitação da família: 1() própria quitada, 2() própria financiada, 3() casa alugada 4() mora com terceiros 5() outros 6() cedida	
25.Religião da família: 1() Católica; 2() Evangélica; 3() Espírita; 4() Outras	
26.Condição da audição da mãe: 1() ouvinte 2() deficiente auditivo	
27.Escolaridade da mãe: 0() não estudou; 1() até 4ªsérie; 2() até 8ªsérie; 3() ensino médio inc.; 4() ensino médio completo; 5() superior inc.; 6() superior completo	
28.Profissão da mãe:	
29.Condição da audição do pai: 1() ouvinte 2() deficiente auditivo	
30.Escolaridade do pai: 0() não estudou; 1() até 4ªsérie; 2() até 8ªsérie; 3() ensino médio inc.; 4() ensino médio completo; 5() superior inc.; 6() superior completo	
31.Profissão do pai:	
32.Aceitação dos pais frente a comunicação utilizada pelo filho: 1() ruim; 2() tanto faz; 3() boa	
33.Indícios de desagregação familiar? 0() sem indicativos; 1() morte de um dos pais; 2() separação dos pais; 3() doença mental na família; 4() doença física na família; 5() uso de drogas na família; 6() vícios em jogos na família; 7() grave situação socioeconômica; 8() outros.	

Anexo II - Inquérito para uso com crianças sugerido por Campos (1973).

- 1) De que sexo é essa pessoa?
- 2) Qual a idade aproximada que você lhe daria?
- 3) Que aparência tem?
- 4) Como se sente?
- 5) Em que pensa?
- 6) Quais as suas necessidades?
- 7) Quais as suas qualidades?
- 8) Quais os seus defeitos?
- 9) Agora, olhando para o seu desenho, você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Anexo III – Tabelas para codificação do DFH-Koppitz (1976)

Indicadores Emocionais do DFH Koppitz (1976)	
1 – Integração pobre das partes da figura (F>6a e M>7a)	
2 – Sombreamento do rosto	
3 – Sombreamento do corpo e/ou membros (F>8a e M>9a)	
4 – Sombreamento das mãos e/ou pescoço (F>7a e M>8a)	
5 – Assimetria grosseira dos membros	
6 – Figura inclinada (> 15°)	
7 – Figura pequena ou delgada (< 5cm)	
8 – Figura grande (>23cm)	
9 – Transparência	
10 – Cabeça pequena (1/10 do corpo)	
11 – Olhos cruzados ou postos	
12 – Dentes	
13 – Braços curtos (antes da cintura)	
14 – Braços compridos -abaixo do joelho	
15 – Braços colados ao corpo	
16 – Mãos grandes (tamanho do rosto)	
17 – Mãos cortadas	
18 – Pernas fechadas ou apertadas uma contra a outra	
19 – Genitais	
20 – Figura monstruosa ou grotesca	
21 – Três ou mais figuras espontaneamente desenhadas	
22 – Nuvens	
23 – Omissão dos olhos	
24 – Omissão do nariz	
25 – Omissão da boca	
26 – Omissão do tronco	
27 – Omissão dos braços	
28 – Omissão das pernas	
29 – Omissão dos pés (F>7a e M>9a)	
30 – Omissão do pescoço (F>9a e M>10a)	

Outras observações	
Tempo dos testes	
Inclinação da folha	
Balão de fala	
1º Negou DFH	

Itens Maturacionais no DFH (Koppitz, 1976)	Evolutivos no DFH	IE	IEx.
		-1	+1
1-Cabeça			--
2-Olhos			--
3-Pupilas		--	
4-Sobrancelhas ou cílios		--	--
5-Nariz			--
6-Narinas		--	
7-Boca			--
8-Dois lábios		--	
9-Orelha		--	--
10-Cabelo			--
11-Pescoço			--
12-Corpo ou tronco			--
13-Braços			--
14-Braços em duas dimensões			--
15-Braços dirigidos para baixo			--
16-Braços corretamente unidos ao ombro			
17-Cotovelo		--	
18-Mãos		--	--
19-Dedos		--	--
20-Correto número de dedos		--	--
21-Pernas			--
22-Pernas em duas dimensões			--
23-Joelho		--	
24-Pés			--
25-Pés em duas dimensões		--	--
26-Perfil		--	
27- até 1 peça roupa		--	--
28- 2-3peças de roupa		--	--
29- >4 peças de roupa		--	
30-Boas proporções		--	--
Total	5+		
NMM=			

Anexo IV - Itens Evolutivos Esperados e Excepcionais no DFH de meninos e meninas de 6 a 12 anos (Koppitz, 1976).

Itens Esperados	6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11anos		12 anos	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Cabeça	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Olhos	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Nariz	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Boca	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Corpo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Pernas	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Braços	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Pés	C	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Dedos	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Cabelo	C	E	C	E	C	E	C	E	E	E	E	E	E	E
Braços 2 dimens.	C	C	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Pernas 2 dimens.	C	C	C	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Braços para baixo	I	I	C	C	C	C	C	C	E	E	E	E	E	E
Pescoço	I	I	C	C	C	C	C	E	E	E	E	E	E	E
Mãos	I	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Orelhas	I	I	I	I	I	I	C	I	C	I	C	I	C	I
Sobrancelha	I	I	I	C	I	C	I	C	C	C	C	C	C	C
Pupilas	I	I	I	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Pés 2 dimens.	I	I	I	I	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C
Cinco dedos	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	C	I	I	I
Braços un. ombro	Ex	Ex	I	I	I	I	C	C	C	C	C	C	C	E
Proporção	Ex	Ex	I	I	I	I	I	I	I	I	I	C	I	C
Narinas	Ex	Ex	Ex	I	Ex	I	Ex	I	I	I	I	I	I	I
Perfil	Ex	Ex	Ex	Ex	I	Ex	I	Ex	I	Ex	I	Ex	I	I
Cotovelo	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	I	I	I	I	I	I	I
2 lábios	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	I	I	Ex	I	I	I	I	I
Joelho	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex	Ex
1 peça de roupa	C	C	I	I	I	I	I	I	I	Ex	I	Ex	Ex	Ex
2 peças de roupa	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
4 peças de roupa	Ex	Ex	I	Ex	I	Ex	I	I	I	I	I	C	I	C

E- Esperado (86-100%), C-Comum (51-85%), I- Incomum (15-50%), Ex-Excepcional (até 15%).

Anexo V - Manual de Tabulação para os 30 Indicadores Emocionais do Desenho da Figura Humana infantil de Koppitz (1976)

1 – Integração pobre das partes da figura: uma ou mais partes não estão conectadas com o resto da figura; parte meramente tocando ou ligada apenas através de uma simples linha (meninos 7-12; meninas 6-12).

2 – Sombreamento do rosto: deliberado sombreamento do rosto ou de parte dele incluindo sardas, manchas ou marcas de sarampo etc. Um leve sombreamento uniforme do rosto e das mãos, para indicar a cor da pele, de um modo não defensivo, não é computado.

3 – Sombreamento do corpo e/ou membros (meninos 9-12; meninas 8-12).

4 – Sombreamento das mãos e/ou pescoço (meninos 8-12; meninas 7-12).

5 – Assimetria grosseira dos membros: um braço ou uma perna difere marcadamente na sua forma, do outro braço ou perna. O item não é computado se braços e pernas são semelhantes na forma, porém, desiguais no tamanho.

6 – Figura inclinada: o eixo vertical da figura está inclinada 15° ou mais, com relação à perpendicular.

7 – Figura pequena ou delgada: figura de 5 cm de altura ou menos.

8 – Figura grande: figuras de 23 cm ou mais (meninos e meninas 8-12)

9 – Transparência envolvendo as principais partes do corpo ou membros: linha do chapéu através da cabeça, ou dos braços cruzando o corpo, não é avaliada.

10 – Cabeça pequena: tamanho da cabeça menor que 1/10 da figura total.

11 – Olhos cruzados ou postos: ambos os olhos virados para dentro ou para fora. Um olhar de relance para o lado não é avaliado.

12 – Dentes: qualquer representação de um ou mais dentes.

13 – Braços curtos: pequeno toca como braço; braços não suficientemente compridos para alcançar a cintura.

14 – Braços compridos: braços excessivamente longos, que alcançam abaixo dos joelhos ou de onde os joelhos deveriam estar.

15 – Braços colados ao corpo: nenhum espaço entre o corpo e os braços.

16 – Mãos grandes: mãos de tamanho igual ou maior do que o rosto da figura.

17 – Mãos cortadas: braços sem mão, nem dedos. Mãos escondidas atrás das costas, ou em bolsos não são computadas.

18 – Pernas fechadas ou apertadas uma contra a outra: ambas as pernas sem nenhum espaço entre elas; no perfil, somente uma perna.

19 – Genitais: representação realística ou evidentemente simbólica dos genitais.

20 – Figura monstruosa ou grotesca: deliberada representação não humana, ridícula ou degradada (palhaço, vagabundo, diabo, monstro). Figura confusa ou imatura, resultante da falta de habilidade para desenhar, não é computada.

21 – Três ou mais figuras espontaneamente desenhadas: várias figuras não interrelacionadas ou não engajadas em atividades com algum significado; desenho repetido de figuras, quando somente uma figura foi solicitada. O desenho de um menino e uma menina, ou da família de um homem e uma mulher, não é computado.

22 – Nuvens: qualquer representação de nuvens, chuva, neve ou pássaros voando.

Omissões

23 – Omissão dos olhos: completa ausência dos olhos. Olhos fechados, ou círculos vazios como olhos, não são computados.

24 – Omissão do nariz: (meninos 6-12; meninas 5-12).

25 – Omissão da boca.

26 – Omissão do tronco.

27 – Omissão dos braços (meninos 6-12; meninas 5-12).

28 – Omissão das pernas: não computados, se as pernas estão cobertas por saia comprida.

29 – Omissão dos pés: (meninos 9-12; meninas 7-12).

30 – Omissão do pescoço: (meninos 10-12; meninas 9-12).

Anexo VI - Itens Evolutivos Maturacionais no DFH (Koppitz, 1976).

- 1- **Cabeça:** Qualquer representação desde que haja um contorno nítido da cabeça.
- 2- **Olhos:** qualquer representação.
- 3- **Pupilas:** pontos ou círculos definidos no interior do contorno dos olhos. Um ponto com uma linha em cima é avaliado como olhos ou sobrancelhas.
- 4- **Sobrancelhas ou cílios:** uma ou outra ou ambas.
- 5- **Nariz:** qualquer representação.
- 6- **Narinas:** pontos ou narinas colocadas em adição à representação do nariz.
- 7- **Boca:** qualquer representação.
- 8- **Dois lábios:** esboçados e separados um do outro por uma linha. Duas fileiras de dentes apenas, o item não é computado.
- 9- **Orelha:** qualquer representação.
- 10- **Cabelo:** qualquer representação; também chapéu ou boné cobrindo a cabeça e escondendo o cabelo é computado.
- 11- **Pescoço:** é necessário estar definida a separação da cabeça e do corpo.
- 12- **Corpo ou tronco:** qualquer representação, desde que haja um contorno nítido.
- 13- **Braços:** qualquer representação.
- 14- **Braços em duas dimensões:** ambos os braços estão representados por mais de uma simples linha.
- 15- **Braços dirigidos para baixo:** um ou ambos os braços apontados para baixo a um ângulo de 30° ou mais, a partir da posição horizontal, ou posicionados de forma adequada à atividade em que a figura esteja engajada. Não se computa o item quando os braços estendidos horizontalmente e depois virados para baixo, a alguma distância do corpo.
- 16- **Braços corretamente unidos ao ombro:** para que o item seja computado é necessário que haja a indicação clara dos ombros e os braços firmemente conectados com o corpo.
- 17- **Cotovelo:** é necessário um ângulo definido do braço/antebraço. Curvas ou linhas arredondadas no braço não são computadas.
- 18- **Mãos:** é necessária a diferenciação dos braços e dedos, tais como alargamento do braço ou demarcação por manga ou pulseira.
- 19- **Dedos:** qualquer representação nítida das mãos e dos braços.
- 20- **Correto número de dedos:** cinco dedos em cada mão ou braços, a menos que a posição da mão esconda alguns dedos.
- 21- **Pernas:** qualquer representação. Em caso de figura feminina com saia comprida, este item é computado, desde que a distância entre a cintura e o pé seja suficiente para permitir inferir que a perna esteja presente sob a saia.
- 22- **Pernas em duas dimensões:** ambas as pernas estão representadas por mais do que uma linha apenas.
- 23- **Joelho:** é necessário que um ângulo nítido esteja sempre no desenho da perna. Curva ou linha arredondadas não são computadas.
- 24- **Pés:** Qualquer representação.
- 25- **Pés em duas dimensões:** pés estendidos em uma direção, a partir do calcanhar e mostrando maior comprimento do que largura (pé de perfil); ou pé desenhado em perspectiva (visto de frente).
- 26- **Perfil:** cabeça desenhada de perfil, mesmo que o resto da figura esteja de frente.
- 27- **Roupa:** um item ou nenhum; nenhuma roupa está indicada ou somente o chapéu, ou botões, ou cinto, ou contorno do vestuário sem detalhes (figura não está nua).
- 28- **Roupa:** dois ou três itens; os itens computados são: calças compridas, saias, camisas ou blusas, parte superior do vestido separada por cinto é computada como blusa, casaco, chapéu, capacete, cinto, gravata fixa, fita ou fivela no cabelo, colar, relógio, anel, pulseira, cachimbo, cigarro, sombrinha, bengala, revólver, sapatos, meias, livros, bolsa, luvas, etc.
- 29- **Roupa:** quatro ou mais itens citados acima.
- 30- **Boas proporções:** a figura parece bem, mesmo que não esteja inteiramente correta do ponto de vista anatômico.

Anexo VII - Avaliação do Nível de Maturidade Mental nos DFH segundo classificação de Koppitz (1976).

A avaliação é feita comparando-se cada um dos Itens Evolutivos listados no item (3) com o desenho de cada sujeito. Para cada Item Evolutivo Esperado ausente atribui-se o valor -1 (menos um). Para cada Item Evolutivo Excepcional presente atribui-se o valor +1 (mais um). Tem se a seguinte fórmula: +1 (Item evolutivo excepcional) -1 (Item esperado) + 5 = Nível de Maturidade Mental (NMM).

Interpretação de Notas Individuais.

Nota do DFH	Nível de Capacidade Mental
Oito e sete	Normal alto para superior (QI > ou = 110)
Seis	Normal para superior (QI 90-135)
Cinco	Normal para normal alto (QI 85-120)
Quatro	Normal baixo para normal (QI 80-110)
Três	Normal baixo (QI 70-90)
Dois	Borderline (QI 60-80)
Um ou zero	Mentalmente retardado ou funcionamento em nível retardado devido a sérios problemas emocionais.

Anexo VII – Tabelas para codificação do DFH-Escala Sisto (2005)

Escala Masculina. Ficha de Interpretação.

soma	item	Idades					
		5	6	7	8	9	10
	1	83	91	93	96	97	99
	2	62	77	77	83	89	96
	3	35	51	75	92	90	96
	5	26	46	66	74	86	92
	6	46	49	69	72	77	91
	4	21	29	57	73	79	94
	7	8	21	43	51	66	81
	9	7	13	44	51	53	81
	11	12	32	36	42	60	78
	10	7	8	34	53	55	75
	8	7	13	24	40	57	82
	12	14	29	22	36	47	78
	13	7	14	30	41	47	56
	16	5	14	24	35	35	77
	17	5	11	14	27	35	53
	15	14	14	20	27	23	56
	14	7	12	17	23	38	47
	20		1	8	15	20	71
	22		4	6	8	8	66
	30		1	4	7	12	62
	19			10	16	32	26
	21		4	9	17	25	30
	23	3	4	11	15	22	25
	18		1	10	14	29	23
	24	1	3	2	5	5	57
	28		2	5	11	14	31
	29			2	2	3	49
	25		2	3	10	12	28
	27	1		2	6	8	21
	26		6	4	6	9	15
total	classificação						
	Percentil:	Quartil:					

Escala Feminina. Ficha de Interpretação.

soma	item	Idades					
		5	6	7	8	9	10
	1	87	97	97	100	99	99
	2	82	91	88	90	94	98
	3	41	55	76	83	91	95
	4	41	45	73	87	93	94
	5	39	52	68	81	88	86
	6	43	66	68	72	83	89
	7	7	16	57	73	70	75
	8	12	25	38	58	70	77
	9	2	16	44	56	64	81
	10	2	16	40	60	68	74
	11	24	36	42	50	56	65
	12	26	41	29	34	53	72
	13	4	27	31	47	59	43
	14	4	4	23	30	46	44
	15	12	26	23	27	37	52
	16	2	10	16	25	34	64
	17	2	13	11	22	31	49
	18		1	15	24	39	33
	19	2		12	23	43	31
	20		1	9	15	28	59
	21		1	15	20	34	30
	22			6	14	24	56
	23	4	4	12	22	30	28
	24			2	3	10	48
	25			3	9	16	18
	26	2	1	6	8	15	14
	27	2		3	9	13	18
	28			2	6	9	23
	29			3	3	2	32
	30			2	3	10	19
total	classificação						
	Percentil:	Quartil:					

Anexo IX - Termo de consentimento livre e esclarecido – responsáveis na instituição

TÍTULO DA PESQUISA: Teste de Pfister e Desenho da Figura Humana em deficientes auditivos: Evidências de validade.

Eu, _____, diretor (a) da Instituição _____ situada à rua _____, cidade _____ de _____ abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para autorizar as crianças assistidas por esta instituição, a participarem do projeto de pesquisa supracitado, sob responsabilidade de Lucila Moraes Cardoso, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão.

O objetivo dessa pesquisa é verificar a sensibilidade de duas técnicas de avaliação psicológica para possíveis diferenças na dinâmica emocional e cognitiva em crianças surdas de acordo com a política educacional a qual elas foram expostas. Numa a criança deverá preencher esquemas de pirâmide com quadrículos coloridos e na outra realizará o desenho de uma pessoa e responder a um questionário. Tal procedimento terá, no máximo, a duração de 1 hora.

Estou ciente de que o referido estudo está livre de quaisquer conseqüências negativas para a criança e instituição sob minha responsabilidade e do caráter voluntário de participação na pesquisa, que me garante o direito de desistir em qualquer momento do estudo, que se fará a partir da autorização dos pais e da manifestação da opinião da criança em querer participar ou não.

Quaisquer dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, exposto acima, incluída suas publicações na literatura científicas especializadas. Poderei contatar o Comitê de Ética em relação à pesquisa através do telefone (11) 45348000, assim como poderei obter informações com a responsável pela pesquisa, Lucila Moraes Cardoso, na Universidade São Francisco pelo telefone (11) 4534-8046.

Esta carta de autorização é feita em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com a pesquisadora responsável.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do (a) responsável legal

Pesquisadora: Lucila Moraes Cardoso
RG 43542936-X- SSP/SP
CRP 06/74826

Anexo X- Termo de consentimento livre e esclarecido – responsáveis pela criança

TÍTULO DA PESQUISA: Teste de Pfister e Desenho da Figura Humana em deficientes auditivos: Evidências de validade.

Eu, _____ idade _____
RG _____ endereço _____

_____ abaixo assinado e responsável pelo menor _____ idade _____ dou meu Consentimento Livre e Esclarecido para que a criança participe como voluntário do projeto de pesquisa supracitado sob a responsabilidade de Lucila Moraes Cardoso, psicóloga, aluna do curso de Pós-Graduação da Universidade São Francisco, programa de Mestrado em Psicologia, na área de avaliação psicológica e saúde mental, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão.

O objetivo dessa pesquisa é verificar a sensibilidade de duas técnicas de avaliação psicológica para possíveis diferenças na dinâmica emocional e cognitiva em crianças surdas de acordo com a política educacional a qual elas foram expostas. Numa a criança deverá preencher esquemas de pirâmide com quadriculos coloridos e na outra realizará o desenho de uma pessoa e responder a um questionário. Tal procedimento terá, no máximo, a duração de 1 hora.

Obtive informações necessárias para decidir conscientemente sobre a participação da criança sob minha responsabilidade na referida pesquisa, estando livre para interrompê-la a qualquer momento e ciente de que não há riscos ou benefícios na participação desta. Os dados pessoais da criança serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados para alcançar os objetivos do trabalho acima exposto, incluída suas publicações nas literaturas científicas especializadas.

Poderei contatar a responsável pela pesquisa, Lucila Moraes Cardoso, na Universidade São Francisco pelo telefone (11) 4534-8046 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (11) 45348000.

Este termo de Consentimento é assinado em 2 (duas) vias sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do (a) responsável legal

Pesquisadora: Lucila Moraes Cardoso
RG 43542936-X- SSP/SP
CRP 06/74826

Anexo XI - Dados da criança em porcentagem

Variável	Opções	Ouvinte (37)	Oralizada (31)	Comunicação total (21)	Bilingüe (29)
Sexo	Masculino	48,6	64,5	47,6	37,9
	Feminino	51,4	35,5	52,4	62,1
Idade	6anos		6,5	9,5	6,9
	7anos	24,3	12,9	9,5	24,1
	8anos	16,2	9,7	19,0	6,9
	9anos	13,5	9,7	14,3	10,3
	10anos	32,4	16,1	19,0	27,6
	11anos	8,1	35,5	19,0	13,8
	12anos	5,4	9,7	9,5	10,3
Escolaridade	Pré	2,8	6,5	10,0	24,1
	1ª série	8,3	16,1	25,0	17,2
	2ª série	25,0	9,7	20,0	31,0
	3ª série	11,1	22,6	10,0	13,8
	4ª série	33,3	12,9	20,0	13,8
	5ª série	8,3	22,6	5,0	0
	6ª série	8,3	9,7	10,0	0
Etiologia da surdez	7ª série	2,8	0	0	0
	Anoxia	--	9,7	14,3	7,1
	Citomegalovirus	--	0	0	3,6
	Congênita	--	0	0	10,7
	Desconhecida	--	58,1	23,8	32,1
	Genética	--	0	23,8	3,6
	Hereditária	--	3,2	28,6	0
	Ictericia	--	3,2	4,8	0
	Meningite	--	3,2	9,5	21,4
	Ototoxiciose	--	9,7	4,8	0
	Pré-maturidade	--	0	4,8	0
	Pais consangüíneos	--	3,2	0	3,6
S. Mondini	--	3,2	4,8	0	
Rubéola congênita	--	6,5	4,8	17,9	
Perda auditiva do melhor ouvido	Profunda	--	41,9	0	82,1
	Severa	--	12,9	52,4	14,3
	Moderada	--	38,7	46,7	3,6
	Leve	--	6,5	0	0
Tipo de escola que a criança frequenta	Comum	--	100	100	0
	Sala especial	--	0	0	3,4
	Escola especial	--	0	0	96,6
Forma de comunicação com a família	gestual	--	0	4,8	3,4
	sinais	--	0	0	96,6
	c.t	--	0	57,1	0
	oral	--	100	38,1	0
Aceitação da criança frente ao aparelho auditivo	Ruim	--	16,1	28,6	30,8
	Tanto faz	--	9,7	14,3	46,2
	Boa	--	64,5	47,6	23,1
Participou em processo psicoterapêutico	Não	97,3	3,2	4,8	58,6
	Sim	2,7	96,8	95,2	41,4

Anexo XII- Dados da família em porcentagem

Variável	Opções	Ouvinte (37)	Oralizada (31)	Comunicação total (21)	Bilíngüe (29)
Família	Legítima	100	83,9	100	93,1
	Adotiva	0	16,1	0	6,9
Número de pessoas na família	Média	4,92	4,23	5,33	4,17
	Mediana	4,00	4	5,00	4,00
	Desvio Padrão	1,689	1,28	1,65	1,136
Número de filhos na família.	Média	2,43	2,26	3,33	2,14
	Mediana	2,00	2	3,00	2,00
	Desvio Padrão	1,17	1,09	1,50	1,09
Ordem de nascimento do filho.	Média	1,86	1,86	2,52	1,59
	Mediana	2,00	2	3,00	1,00
	Desvio Padrão	1,11	1,11	1,44	,931
Renda familiar (em salários mínimos)	0 a 2 salários	37	53,3	57,1	29,6
	3 a 5 salários	24,3	43,3	38,1	51,9
	6 a 8 salários	18,9	3,3	4,8	14,8
	maior que 9 salários	2,7	0	0	3,7
Procedência da família	Rural	89,2	16,1	9,5	10,3
	Urbana	10,8	83,9	90,5	89,7
Habitação da família	própria quitada	43,2	40,0	33,3	51,7
	própria financiada	2,7	13,3	9,5	17,2
	casa alugada	21,6	40,0	19,0	17,2
	mora com terceiros	5,4	0	14,3	3,4
	cedida	10,8	6,7	14,3	3,4
	invadida	13,5	0	0	0
Religião da família	outros	5,4	0	9,5	6,9
	Nenhuma	23,5	0	0	3,7
	Católica	21,6	71,0	71,4	59,3
	Evangélica	64,9	25,8	19,0	33,3
	Espírita	0	3,2	9,5	3,7
Condição da audição da mãe	ouvinte	100	96,8	100	96,6
	deficiente auditivo	0	3,2	0	3,4
Escolaridade da mãe	não estudou	0	6,7	4,8	0
	até 4ªsérie	24,3	23,3	28,6	28,6
	até 8ªsérie	48,6	36,7	47,6	28,6
	ensino médio inc	0	6,7	0	3,6
	ensino médio completo	18,9	20,0	4,8	25,0
	superior inc	5,4	6,7	14,3	10,7
	superior completo	2,7	0		3,6
Profissão da mãe	Dona de casa	10,8	40	38,1	48,3
	Doméstica	40,5	23	9,5	10,3
	cozinheira	10,8	3,3	0	3,4
	outros	37,8	33,7	52,4	38,3
Condição da audição do pai	Ouvinte	100	96,4	100	100
	Deficiente Auditivo	0	3,6	0	0
Escolaridade do pai	não estudou	0	11,5	4,8	3,7
	até 4ªsérie	26,5	23,1	47,6	22,2
	até 8ªsérie	35,3	23,1	23,8	25,9
	ensino médio inc	2,9	7,7	0	18,5
	ensino médio completo	29,4	26,9	9,5	22,2
	superior inc	2,9	3,8	14,3	0
	superior completo	2,9	3,8	0	7,4
Profissão do pai	Sem declaração	16,2	16,1	0	10,3
	Área administrativa	3,2	0	0	11,5
	Ajudante geral	9,7	11,5	0	3,8
	comerciante	10,8	3,8	4,8	3,8

	Operador do armazém	0	0	0	11,5
	Segurança	0	3,8	14,3	11,5
	Desempregado	3,2	7,7	19	3,8
	Outros	56,9	57,1	61,9	43,8
Aceitação dos pais frente a comunicação utilizada pelo filho	Ruim	13,5	16,1	28,6	7,4
	Indiferente	7,4	9,7	4,8	0
	Boa	54,1	74,2	66,7	92,6
	Sem resposta	27	0	0	0
Desagregação familiar	sem indicativos	29,7	0	10	34,8
	morte de um dos pais	0	10,7	5	24%
	separação dos pais	32,4	39,3	25	33,3
	doença mental na família	4	21,4	35	0
	doença física na família	2	7,1	30	6,9
	uso de drogas na família	18,9	17,9	15	8,3
	vícios em jogos na família	5,4	3,6	10	0
	grave situação socioeconômica	8,1	7,1	15	0
	Alcoolismo na família	35,1	35,7	40	0
	outros	8,1	0	0	3,4
	Não responderam a questão	2,7	9,7	4,8	17,2