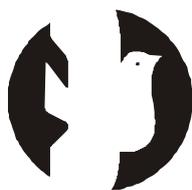


SILVIA ANTAKLY ADIB



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO TESTE DE PFISTER PARA
INDICADORES DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM
ADOLESCENTES

Itatiba
2008

SILVIA ANTAKLY ADIB



EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO TESTE DE PFISTER PARA
INDICADORES DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM
ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Stricto Sensu em Psicologia da
Universidade São Francisco para a obtenção
do título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF.DR. CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO.

Itatiba
2008

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

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

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO TESTE DE PFISTER PARA
INDICADORES DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM
ADOLESCENTES

Autora: Silvia Antakly Adib

Orientador: Cláudio Garcia Capitão

Este exemplar corresponde à redação final para a dissertação de
mestrado defendida por Silvia Antakly Adib e aprovada pela banca
examinadora.

Data: 18 / 06 / 2008

COMISSÃO EXAMINADORA

Cláudio Garcia Capitão

Anna Elisa Villemor Amaral

Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento

Itatiba
2008

Dedicatória

A Gabriel e Matheus, meus adolescentes, meus principais incentivos; o meu amor incondicional. Com eles tenho aprendido a arte de reaprender a cada dia.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo dom da vida e por tudo que Ele tem me dado.

Aos meus amados pais, Salma e Rageh (in memoriam) pela educação que me deram, por me ensinarem a valorizar o estudo e o significado da palavra amor. Um agradecimento especial a minha mãe que, com seu exemplo, nunca me deixou desistir de meus sonhos.

Aos meus filhos, Gabriel e Matheus pelo carinho, companheirismo e amor, por entenderem as minhas ausências sempre me dando força para prosseguir.

As minhas irmãs, meus cunhados e meus queridos sobrinhos que me apoiaram em todos os momentos, tanto os de longe como os de perto, sempre torcendo por mim.

Em especial a Maria que olha por mim e pelos meus filhos com um amor incondicional, ajudando a tornar possível meu projeto.

Agradeço ao meu orientador Cláudio Garcia Capitão por me acompanhar todo o tempo durante esse processo e acreditar na minha capacidade.

A Prof^a Alessandra Gotuzzo Seabra Capovilla, que na banca de qualificação tanto me ajudou com suas considerações e sugestões.

A Prof^a Anna Elisa de Villemor Amaral pelas considerações na banca de qualificação e defesa, e também durante o período de levantamento de dados com suas valiosas sugestões.

Aos colegas que me ajudaram, em especial Monalisa, Flávia e Fabiano.

Aos amigos que fiz em especial a Flávia, Jonéia, Bia, Gerusa.

Às instituições escolares, especialmente as diretoras Sra Adélia e Sra Elisete, a Dedé funcionária de uma das instituições que sempre estava disposta a me ajudar e aos adolescentes que gentilmente se prontificaram a colaborar na coleta de dados.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação, da biblioteca e xérox pela disposição para sempre nos auxiliar.

Resumo

Adib, S. A. (2008), *Evidências de validade do Teste de Pfister para indicadores de sintomas de depressão em adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Strícto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, p.87.

O objetivo desta pesquisa foi buscar evidências de validade do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) em uma população de adolescentes. O estudo foi realizado a fim de verificar se os adolescentes que apresentaram sintomas depressivos no Inventário Beck de Depressão (BDI) apresentavam indicadores para sintomas de depressão no TPC, considerando nesse último a frequência de cores e aspecto formal.. A amostra foi composta por 289 adolescentes que responderam ao Inventário, com idade entre 14 a 19 anos, cursando o ensino médio de escolas públicas e particulares. O Pfister foi aplicado em 50 participantes a partir dos resultados obtidos no BDI e distribuídos em dois grupos, grupo 1 sem sintomas depressivos e grupo 2 com sintomas depressivos. Os dados dos dois grupos foram analisados por meio do teste-*t de student* para as cores de acordo com a classificação do BDI, do teste qui-quadrado e da curva ROC. Os resultados apontaram uma maior frequência da cor cinza e marrom e frequência também aumentada no conjunto das cores escuras para o grupo com sintomas depressivos. Quanto ao indicador cores escuras podemos identificar adolescentes com sintomas depressivos com sensibilidade 51%, mas, apenas 7% de especificidade. Pode-se concluir que indicadores do TPC para sintomas de depressão em adolescentes podem contribuir para o diagnóstico de depressão, sendo necessário que mais pesquisas sejam realizadas com a população de adolescentes.

Palavras-chaves: Adolescência, Avaliação Psicológica, Pfister, BDI

Abstract

Adib, S. A. (2008), *Evidences of validity of Test Pfister for indicators of depression symptoms in adolescents*. Mastership Dissertation, Post graduation Program Strícto Sensu in Psychology, Universidade São Francisco, Itatiba, p.87.

The aim of this research was to search for evidences of validity of Colored Pyramids Test Pfister (TPC) in a population of adolescents. The study was carried out in order to verify if adolescents who presented depressive symptoms in Beck Depression Inventory (BDI) presented indicators of depression symptoms in TPC, considering in the last one the frequency of colours and formal aspect. The sample, who answered the Inventory, was composed of 289 adolescents between 14 and 19 years old, attending high school in both public and private schools. The Pfister was applied in 50 participants chosen from the results achieved in BDI and distributed in 2 groups, group 1 without depression symptoms and group 2 with depression symptoms. The data from the 2 groups were analyzed with test-*t of student* for the colours according to the classification of BDI, the test qui- square and the ROC curve. The results showed a greater frequency of the colours grey and brown and also a greater frequency of the group of dark colours for the group with depression symptoms. As for dark colours indicators it was identified adolescents with depressive symptoms with sensibility 51%, but, only 7% specificity. The conclusion was that indicators of TPC for depression symptoms in adolescents can contribute for the diagnosis of depression, nevertheless further researches must be realized with the population of adolescents.

Keywords: Adolescence, Psychological evaluation, Pfister, BDI

Sumário

LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE ANEXO.....	xi
APRESENTAÇÃO	01
1 - ADOLESCÊNCIA	04
2 - DEPRESSÃO	11
2.1 - DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA	16
3 - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	20
3.1 - TESTES DE PERSONLIDADE E TÉCNICAS PROJETIVAS	26
3.2 - INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO.....	31
3.3 - TESTE DAS PIRÂMIDES COLORIDAS DE PFISTER	37
4 - MÉTODO	48
PARTICIPANTES.....	48
MATERIAL	50
PROCEDIMENTO.....	52
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
7 - REFERÊNCIAS.....	77
8 - ANEXOS.....	84

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos da amostra	57
Tabela 2 – Frequência do grupo sem sintomas de depressão e do grupo com sintomas de depressão no BDI.....	62
Tabela 3 – Distribuição das cores do Pfister.....	63
Tabela 4 – Teste- <i>t</i> para as cores entre os sexos.....	64
Tabela 5 – Teste- <i>t</i> para as cores entre as categorias administrativas.....	66
Tabela 6 – Teste- <i>t</i> para as cores de acordo com o BDI.....	69
Tabela 7 – Distribuição da frequência para o aspecto formal na pirâmide 1.....	71
Tabela 8 – Distribuição da frequência para o aspecto formal na pirâmide 2.....	71
Tabela 9 – Distribuição da frequência para o aspecto formal na pirâmide 3.....	72
Tabela 10 – Teste- <i>t</i> para as cores escuras de acordo com o BDI.....	74
Tabela 11 – Coordenadas da curva ROC para a cor cinza.....	76
Tabela 12 – Coordenadas da curva ROC para a cor marrom.....	77
Tabela 13 – Coordenadas da curva ROC para as cores escuras.....	78

Lista de Figuras

Figura 1- Curva ROC para a cor cinza.....	75
Figura 2 – Curva ROC para a cor marrom.....	77
Figura 3 – Curva ROC para as cores escuras.....	78

Lista de Anexos

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (primeira via).....	91
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (segunda via).....	92
Anexo III – Questionário Sociodemográfico.....	93

Apresentação

A adolescência é um período caracterizado por crises e conflitos em que o jovem passa por muitas mudanças e transformações em busca da construção de uma identidade adulta. Cada uma das fases da vida humana, isto é, infância, adolescência, idade adulta e velhice apresentam características particulares, sofrem influências de origem biopsicossocial e dependem, portanto, da cultura e da sociedade na qual estão inseridas.

No que diz respeito especialmente à adolescência, o período de crise e de confusão é de muita importância na formação psicossocial da identidade adulta, pois é nesse momento de tantos conflitos que o adolescente pode questionar valores pré-estabelecidos e tomar decisões, esse processo depende de cada adolescente, portanto, pode ser de um modo rápido ou gradual (Erikson, 1998).

A mudança corporal acompanhada da instabilidade psicológica e somada às dificuldades de relacionamento familiar que devem culminar posteriormente com a saída da casa dos pais, produz nos adolescentes sentimentos de solidão e tristeza. Durante todo o período da adolescência até a constituição adulta, o adolescente atravessa processos de perda que são parte dessa transformação. Tais perdas, essenciais a formação do sujeito, são denominados por Aberastury (1983) de processos de luto. Três processos de lutos básicos são descritos pela autora, sendo que, o primeiro desses lutos é pelo corpo infantil, em que o adolescente precisa aceitar o fato de seu corpo estar passando por modificações biológicas, o qual é totalmente novo e conflitante, trazendo-lhe uma aparência externa muito diferente. O segundo processo de luto é pela ruptura da dependência familiar, por não poder mais manter sua relação de dependência infantil e ser incapaz de tornar-se totalmente

independente e o terceiro luto, quando o adolescente enfrenta a perda da fantasia da família ideal.

Todas essas transformações que ocorrem mais a necessidade de constituir uma identidade adulta geram sentimentos de angústia, medo e incerteza (Aberastury, 1983). A adolescência e suas vicissitudes trazem, portanto, conseqüências na vida futura de jovens, principalmente quando estão presentes fatores de risco, em especial para o desenvolvimento da depressão.

Esse trabalho pretende compreender o processo da adolescência, e as manifestações comportamentais típicas dessa fase, resultante de conflitos internalizados, conflitos com os pais, dificuldade escolar ou mesmo conflitos no campo social, caracterizando sintomas depressivos (Marcelli & Braconnier, 2007).

De acordo com objetivo proposto, a presente pesquisa se organiza da seguinte forma: a introdução está dividida em três capítulos, adolescência, depressão e avaliação psicológica. No capítulo 1, discorre-se sobre a adolescência, apresentando considerações sobre esse período de desenvolvimento. No capítulo 2 são abordados conceitos sobre depressão e especificamente algumas considerações teóricas sobre sintomas depressivos na adolescência.

São apresentadas também pesquisas em que o diagnóstico da depressão fundamenta-se em sintomas que em geral se iniciam na infância ou adolescência e que apresentam transtornos clínicos por volta da terceira década de vida. Essa particularidade, em especial, traz a necessidade de diagnósticos mais precoces para que as conseqüências a respeito do desenvolvimento da saúde mental desses indivíduos sejam menos prejudiciais.

No capítulo 3 é exposto a questão da avaliação psicológica, sua importância e seus questionamentos. Os instrumentos que avaliam personalidade mais especificamente as

técnicas projetivas. O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister é abordado como um dos meios de se detectar problemas e dificuldades psicológicas e afetivas. A avaliação psicológica quando realizada por meio de instrumentos psicológicos válidos e confiáveis pode possibilitar condutas mais eficazes.

A forma como a pesquisa foi realizada, a descrição do material, procedimento e análise de dados é apresentada no método. Os resultados obtidos foram apresentados na seqüência.

1 – Adolescência

A adolescência é o termo utilizado para denominar uma fase do desenvolvimento humano que é caracterizada por transformações físicas e psicológicas. Adolescere vem do latim e significa crescer, portanto a adolescência se caracteriza pela idade da passagem da infância para a vida adulta. É habitual que se diga que o adolescente é criança e adulto ao mesmo tempo, verdadeiramente não é mais criança nem adulto ainda (Marcelli & Braconnier, 2007).

A adolescência envolve os processos psicológicos e emocionais de adaptação às condições da puberdade, enquanto a puberdade refere-se à maturidade sexual, indicando as manifestações físicas da maturação sexual (Blos, 1985). A puberdade é a fase da evolução corporal em que os caracteres sexuais secundários femininos e masculinos começam a se desenvolver. Nas meninas, começam a aparecer pêlos pubianos, pêlos axilares, o desenvolvimento das mamas e a altura tem aumento acelerado. Nos meninos, o crescimento também é evidente, tanto na altura como na estrutura óssea, no tamanho do pênis, no aparecimento dos pêlos pubiano das axilas e depois, no rosto, a barba (Bee, 1997). Ocorre desse modo, uma grande mudança corporal controlada por hormônios, isto é, secreções de várias glândulas endócrinas no corpo, as quais controlam o crescimento e as mudanças físicas na puberdade. O hormônio do crescimento existe em todos os indivíduos normais e é produzido pela glândula hipófise e sua função no organismo é de crescimento, desde os primeiros anos de vida até o final da puberdade. A liberação do hormônio (gonadotropinas) ocorre durante o sono, havendo picos em cada noite de sono e que ao se desencadarem, realizam a produção de hormônios sexuais. Os hormônios sexuais se diferem para os

homens e as mulheres, mas, não são exclusivos de cada sexo, as gônadas e as suprenais de ambos os sexos produzem o estrógeno e a testosterona, mas é variável a quantidade. Nos homens, os testículos secretam entre outros hormônios, a testosterona e nas mulheres, o ovário fabrica o estrógeno (Wingaarden, Smith Jr & Bennett, 1993).

As características biológicas são universais e ocorrem de forma semelhante em todos os seres humanos. Entretanto, existem diferenças corporais individuais e a maturação não tem o mesmo ritmo para todos os adolescentes, o desenvolvimento é próprio de cada um, tanto nos meninos como nas meninas, o que pode gerar alguma insegurança. Por conta dessas diferenças, a definição da adolescência também acaba tendo limites diferentes, tanto para as meninas, como para os meninos.

Conforme Aberastury e Konobel (1981), o processo de desenvolvimento ocorre entre os 12 e 21 anos para as meninas e para os meninos entre os 14 e os 25. Portanto, definir as características da adolescência se torna uma tarefa difícil, porque a noção de adolescência não se encontra em todas as culturas da mesma forma. A idade da puberdade já é mais bem definida e se caracteriza por dados mais visíveis, como as modificações endócrinas, fisiológicas e morfológicas (Ajuriguerra, 1983).

Ao longo do século XIX a adolescência passa a ser reconhecida como um momento importante no desenvolvimento humano, conhecida como uma fase de potenciais riscos para o próprio jovem e para a sociedade como um todo. A adolescência era caracterizada pela instabilidade emocional, turbulência e contestações, principalmente familiares, representando algumas vezes rupturas (Grossman, 1998).

D'andrea (1987) define a adolescência como a fase em que o crescimento e o amadurecimento físico adquirem mais velocidade, com um aumento dos impulsos básicos e dos conflitos emocionais em busca de um novo equilíbrio para seu mundo interno. A falta

de harmonia entre o id, ego e superego na adolescência fica evidente, precisando um tempo maior para restabelecer a ordem.

Para Doron e Parot (1998), a adolescência é uma fase de reestruturação afetiva e intelectual da personalidade, um processo de individuação. As mudanças, que nesse período são muitas, são sustentadas pelo reaparecimento do movimento de separação-individuação da primeira infância, pela reativação do conflito edipiano, pelo desligamento das imagens parentais infantis e a ligação com novos objetos libidinais. O adolescente fica numa espécie de isolamento social, como uma espécie de moratória, na espera da resolução de seus problemas de identidade. Os autores apontam que o ideal nesse momento é negociar as perdas até chegar à hora em que o adolescente possa assumir sua separação e sua diferenciação. Acrescentam ainda que, do ponto de vista intelectual, a adolescência é caracterizada pelo pensamento formal e pelo raciocínio hipotético-dedutivo e do ponto de vista clínico a adolescência apresenta uma originalidade juvenil considerada como normal.

O desenvolvimento humano, para Erikson (1972), ocorre por meio de estágios psicossociais marcados por crises e conflitos. A adolescência é assinalada pela crise ou pela busca de identidade. Conforme o autor dois caminhos para a resolução da crise podem ser seguidos. Na adolescência quando os jovens conseguem formar a identidade adquirem confiança em si próprio desenvolvendo autonomia e iniciativa, percebe quem são e para que servem. O outro caminho é dos adolescentes que não conseguem responder as solicitações e definir sua identidade. Os períodos de crise podem ser considerados como /essenciais na formação biopsicossocial deles, é, portanto, na crise que o adolescente pode questionar e repensar valores pré-estabelecidos.

A adolescência é uma revolução biopsicossocial, um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, sendo que as características psicológicas, sua

expressividade, manifestações de comportamento e de adaptação social dependem da cultura e da sociedade em que estão inseridos (Levisky, 1998). De acordo com o autor, a puberdade é um processo decorrente das transformações biológicas, enquanto a adolescência é um processo fundamentalmente psicossocial. O tempo de duração da adolescência, desde o início da puberdade, até a maturidade psicossocial, é variável e dependem de questões socioculturais, que determinam à entrada do indivíduo na vida adulta.

Aberastury e Knobel (1981) já caracterizavam a adolescência com um período de contradições, confuso, ambivalente e doloroso, assinalados por atritos com a família e o seu meio ambiente, constituindo, então, em mais que uma fase do desenvolvimento, um processo que, freqüentemente, é confundido com crises e estados patológicos, alarmando o adulto, que algumas vezes pode ser levado a buscar soluções equivocadas, pois, neste período, o adolescente passa por intensos desequilíbrios e instabilidades que são próprias dessa fase do desenvolvimento.

Este processo denominado Síndrome da Adolescência Normal é caracterizado pela busca de si mesmo, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, surgimento de crises religiosas que podem ir do ateísmo até o misticismo mais fervoroso, deslocamento temporal, sexualidade manifesta indo do auto-erotismo até a sexualidade adulta, atitudes com tendência anti-social, contradições nas manifestações de conduta, separação progressiva dos pais e constantes flutuações do humor e do estado de ânimo (Aberastury & Knobel, 1981). A maior ou menor anormalidade desta síndrome refere-se aos processos de identificação e de perdas que o adolescente pode realizar. Na medida em que as perdas pelo do corpo infantil, pelos pais da infância, não sendo elaboradas, o adolescente poderá

construir seu mundo interno mais estável, com menos conflitos e perturbações (Capitão, 2004).

O rompimento dos laços emocionais que o adolescente tem com sua família e a entrada numa nova vida, estão entre uma das experiências mais profundas que um indivíduo possa experimentar. Para Blos (1985), o processo de individuação na adolescência é muito complexo, vem acompanhado de sentimentos de isolamento e solidão trazendo certa confusão. Além disso, essa fase é marcada pela compreensão do final da infância, da limitação definitiva da própria existência individual – “essa compreensão cria um sentimento de premência, de medo e de pânico” (Blos, 1985, p.19)

A transição da infância para a vida adulta implica em transformações psicológicas na adolescência que envolve processos inconscientes de luto e indecisão vivenciados no relacionamento com a família e a sociedade, entrar no mundo dos adultos é o que o adolescente mais deseja, ainda que tenha muito medo dessa nova condição. Essa passagem significa, para o adolescente, a perda definitiva da sua condição de criança, momento esse muito significativo na vida, constituindo, assim, uma etapa decisiva desse processo de desprendimento (Aberastury & cols, 1983). Nesse momento podem surgir sentimentos de isolamento e preocupações relativas à imagem do corpo, resultando em atitudes de desafio e até algumas perturbações mentais.

Sob a óptica histórico-psicanalítica, a adolescência atual de acordo com Levisk (2004) expõe os lutos do corpo infantil, as imagens dos pais da infância e de si próprio, que são necessários que eles enfrentem para alcançar a identidade adulta. Considerando que o processo da adolescência se passa num mundo globalizado onde as transformações tecnológicas são muito rápidas, gerando ansiedade e incertezas quanto ao futuro dos jovens que cheios de esperança e coragem entram em conflito com medos e frustrações em relação

às questões de como a definição dos vários pontos que se conectam para formar a identidade do adolescente.

A psicanálise, quando aborda a adolescência, considera também seus processos de luto que trazem a difícil tarefa de se desligar dos pais, de se posicionar em relação ao sexo e de realizar escolhas. Ainda, do ponto de vista da psicanálise, durante a adolescência, ocorrem inquietações típicas, sendo uma fase evolutiva na qual o adolescente estabelece sua identidade adulta, encerrando um processo de maturidade. O rompimento definitivo dos objetos de amor infantil abala a vida emocional do adolescente profundamente, fazendo surgir esperanças, mas também angústia e medo, pois, o adolescente sofre uma perda real na renúncia a seus pais edípicos e experimenta um vazio interior, sofrimento, tristeza que são partes de seu luto. Todos esses sentimentos e mais a percepção de desequilíbrios na vida emocional podem desencadear, no adolescente, alguns sintomas depressivos (Capitão, 2004).

A tarefa dos pais, cuidadores e profissionais da área da saúde é árdua e difícil para lidar com esse período transitório e compreender essas transformações físicas e psicológicas em razão das inúmeras mudanças, rupturas e paradoxos que movem o adolescente.

De acordo com Marcelli e Braconnier (2007), essa tarefa para os próprios profissionais da área da saúde que trabalham com adolescentes constitui um desafio, pois, acabam assumindo condutas contraditórias, por um lado, limitando-se a acompanhar empaticamente o adolescente deixando de lado por um tempo qualquer compreensão e avaliação formal, ou por outro lado, adotando um modelo de compreensão específico para poder dar sentido as diversas condutas do adolescente. De qualquer modo, existe o risco de formalizar ao extremo essas condutas para ajustá-los num quadro conceitual único ou

deixar a compreensão de lado entendendo que as diferentes condutas fazem parte do processo normal da adolescência. De acordo com os autores a adoção de qualquer dessas atitudes parece muito arriscada.

As diferentes formas de entender as alterações características da adolescência levaram Marcelli e Braconnier (2007) a apresentar alguns modelos de compreensão para essa fase. Basicamente, se articulam em quatro principais modelos teóricos: 1) o modelo fisiológico, com as alterações somáticas subseqüentes, a urgência da maturidade genital e as tensões resultantes; 2) o modelo sociológico e ambiental, que destaca o papel essencial do ambiente na evolução do adolescente onde cada cultura reserva um lugar para a adolescência e as relações entre o adolescente e seus pais são também elementos determinantes; 3) o modelo psicanalítico, que fala sobre os remanejamentos relativos a identificação, das mudanças nas ligações com objetos edipianos e da integração da personalidade da pulsão genital; 4) os modelos cognitivos e educativo que abordam as modificações da função cognitiva.

A adolescência leva a um reexame constante, apontando a necessidade de se estar reavaliando os modelos utilizados. A constante reavaliação entre a prática e teoria é que deve constituir a riqueza da prática clínica do adolescente (Marcelli & Braconnier, 2007).

Os critérios que fundamentam a noção do normal e do patológico em outras idades são todos colocados em dúvida na adolescência. São muitas as condutas desviantes, a labilidade emocional e dificuldade de organização estrutural. Especialmente as condutas desviantes podem ser resultado de um conflito internalizado, caracterizando a depressão ou um conflito familiar de oposição aos pais, recusa escolar ou mesmo um conflito no campo social como, por exemplo, condutas delinqüentes e toxicomania. Nesse caso, a questão

mais importante talvez seja saber se o adolescente vai se tornar um adulto normal ou se terá alguma patologia (Marcelli & Braconnier, 2007).

2 – Depressão

A depressão pode ser considerada um dos transtornos principais da nossa época, sendo que sua incidência se apresenta aumentada quando observada na população, constituindo atualmente um dos mais graves problemas da saúde pública. A etiologia da depressão se origina nos fatores psíquicos, biológicos, sociais e econômicos, podendo ocorrer em pessoas de qualquer idade, condição cultural e socioeconômica, provocando sofrimento que diminui a qualidade de vida e a produtividade trazendo incapacidade social (Baptista 2004; Coutinho, Gontíes, Araújo, & Sá, 2003).

Segundo Del Porto (1999), universalmente a tristeza se refere às situações de perda, derrota e desapontamento, constituindo muitas vezes um sinal de alerta de que a pessoa está precisando de ajuda. Com a perda de pessoas queridas aparecem normalmente reações de luto que se caracterizam pela tristeza profunda. A diferença do luto normal, conforme o autor, a pessoa deve preservar certos interesses e reage positivamente ao ambiente.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão, desde a década de 90, vem ocupando o quarto lugar na estimativa das causas específicas de incapacitação. A previsão para 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (Bahls, 2002). No início do século XXI, os estudos sobre depressão têm-se caracterizado como um dos principais temas de interesse dos pesquisadores relacionados à área da saúde em decorrência do aumento significativo da

manifestação dos quadros depressivos apresentados pelos estudos epidemiológicos (Lima,1999).

Baptista (2004) aponta que apesar da depressão não ser um fenômeno recente, o maior desenvolvimento em pesquisas sobre esse transtorno favorecem melhores diagnósticos e programas de intervenção mais eficazes. Como os transtornos de humor dependem de diversos fatores para ser desencadeado, pode-se também observar vários fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos de humor na população em geral.

Ainda que, os fatores de risco possam ampliar a probabilidade de depressão é importante que não se tenha uma visão determinista, pois, esses fatores podem aumentar a probabilidade de se desenvolver um episódio depressivo em um indivíduo e não representar risco para outro. Os fatores de risco devem servir como sinalizadores na implementação de serviços especializados, tanto no cuidado, como na prevenção a pessoas ou a grupos mais expostos as situações de risco (Baptista, 2004).

A ocorrência de sintomas depressivos, conforme Del Porto (1999), não se refere necessariamente a um diagnóstico psiquiátrico, o humor deprimido pode variar de uma resposta adaptativa até a incapacitação física e cognitiva e inclusive comportamentos suicidas. Em situações de muito estresse, os sentimentos depressivos podem ser entendidos como respostas normais, sendo psicopatológico quando esses sentimentos se prolongam ou quando são desproporcionais a situação causadora. A depressão é diferente do luto, as reações de luto normal podem se estender por um ou dois anos e que geralmente não manifesta dificuldade psicomotora e sentimentos de culpa inapropriada e que se diferenciam dos quadros de depressão propriamente dita.

O termo depressão tem sido erroneamente utilizado para designar tanto um estado afetivo normal como a tristeza e o desânimo, quanto um sintoma ou como uma síndrome que é baseada em um conjunto de sintomas (Del Porto, 1999; Stoppe & Segal, 1998). Os sentimentos de tristeza, como os de alegria são afetos que fazem parte da vida psíquica normal. De acordo com Del Porto (1999), os sintomas da depressão podem surgir em vários quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, situações estressantes ou em circunstâncias sociais e econômicas adversas.

No diagnóstico da depressão os principais sintomas depressivos reúnem-se em quatro conjuntos que podem ser entendidos como indicadores clínicos, os emocionais tais como a tristeza, isolamento, apatia, crises de choro, perda da capacidade de experimentar prazer em atividades antes consideradas agradáveis, sentimentos de desvalia e culpa inadequados e variação de humor; os cognitivos como a distração, diminuição da capacidade de tomada de decisão, superestimação das perdas sofridas, pessimismo e desesperança; os motivacionais em que aparece a indiferença diante de novas situações, desinteresse por quaisquer atividades, perda de afeição por outras pessoas e baixo rendimento acadêmico e os vegetativos ou motores caracterizados pela fadiga, retardo psicomotor, alterações do apetite ou do peso, insônia e perda da libido (Reppold & Hutz, 2003).

A classificação atual dos transtornos de humor pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994) no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) apresenta os transtornos da seguinte forma:

Transtornos depressivos:

- Transtorno depressivo maior, que é subdividido em episódio único, ou recorrente.
- Transtorno distímico, que pode ser especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio), e de acordo com a presença ou ausência de características atípicas.
- Transtorno depressivo sem outra especificação (SOE).

Transtornos bipolares:

- Transtorno bipolar I.

O transtorno bipolar I inclui a ocorrência de episódio maníaco único. O DSM IV pede que se especifique o tipo do episódio mais recente: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto, ou inespecificado.

- Transtorno bipolar II (hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior).
Especificar se o episódio atual (ou mais recente) é hipomaníaco ou depressivo.

- Transtorno ciclotímico
- Transtorno bipolar sem outra especificação (SOE)
- Transtorno do humor devido a condição médica geral
- Transtorno do humor induzido por substâncias (referir os códigos específicos para cada substância).

Transtorno do humor sem outra especificação (SOE).

Até bem pouco tempo atrás, a depressão na infância e adolescência era considerada como algo pouco provável para essa faixa etária. No entanto, alguns autores como

Garrison, Addy, Jackson, McKeown e Waller (1997) e Bandin, Sougey e Carvalho (1995) já apontaram a existência de transtornos depressivos em crianças e adolescentes. Algumas pesquisas em Garrison e Cols, 1997 e Bahls, 2002 demonstravam o aparecimento de sintomas depressivos em adolescentes.

A depressão nessa faixa etária não foi pesquisada mais amplamente, pois, existiam dúvidas quanto ao surgimento de sintomas depressivos para essas etapas do desenvolvimento. O reconhecimento oficial da depressão em crianças e adolescentes é recente, conseqüentemente os estudos científicos a esse respeito são ainda carentes de avanço. Foi a partir de 1975 que o *National Institute of Mental Health of the US* (NINH) reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes (Bahls, 2002). No Brasil, as pesquisas que investigam a ocorrência da depressão em crianças e adolescentes são poucas e, mesmo com dados limitados e diferentes metodologias aplicadas, indicam uma porcentagem significativa de transtornos afetivos na fase da adolescência, sendo possível observar ainda dados compatíveis com a literatura internacional (Baptista, 2004).

Os sintomas depressivos manifestam-se com uma frequência três vezes maior na população adolescente e adulta jovem quando comparados com a população infantil ou adulta. Por isso, a depressão em adolescentes tem sido motivo de preocupação de muitos pesquisadores, conforme Soares, Almeida-Filho, Coutinho e Mari (1992). Os autores acrescentam que a presença dos sintomas depressivos durante a adolescência implicaria em um risco ampliado para quadros depressivos na idade adulta.

Conforme Kaplan, Saddock e Grebb (1997), a depressão atinge entre 15% a 25% da população em geral, as mulheres são afetadas duas vezes mais do que os homens. Em Balhs (2002), também é demonstrado haver uma prevalência aumentada na sintomatologia depressiva nas meninas.

2.1 - Depressão na adolescência

As pesquisas atuais têm mostrado que os adolescentes e crianças sofrem de depressão e que a tendência natural de se pensar nessas fases como um período livre dessa psicopatologia não é mais considerado (Klein, 1963/1975; Méndez, Olivares & Ros, 2005).

Os sentimentos de tristeza e vazio interior em razão das perdas ou luto e frustrações devem ser reações normais e passageiras, a diferença é a intensidade das manifestações à persistência dos sintomas depressivos e a irritabilidade que podem ser indícios de quadros patológicos em crianças e adolescentes. Os sintomas depressivos ou as variações de humor dos adolescentes, por muitas vezes, não foram considerados, pois eram atribuídas ao processo normal de adolescência. Na adolescência, é comum que a depressão seja mascarada por sintomas como agitação psicomotora, ataques de raiva, comportamentos delinquentes, hostilidade, auto-agressão, constante exposição a situações de risco, uso de drogas, queixas proeminentes de dor crônica, obesidade e letargia (Lewis & Wolkmar, 1993).

A existência da depressão na infância e adolescência é apontada na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM III) quando diz que:

“Os sintomas essenciais do Episódio Depressivo Maior são similares em crianças, adolescentes e adultos” (APA, 1983, p. 221). A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é a de um humor deprimido ou da perda de prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV *tm* (APA, 1994) insere a depressão na seção de transtornos do humor mostrando que os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em crianças e adolescentes, embora a predominância dos sintomas característicos possa mudar com a idade.

Os critérios do para o diagnóstico de episódio depressivo são os seguintes: 1. humor deprimido (em crianças e adolescentes pode ser humor irritável); 2. diminuição acentuada do interesse ou prazer; 3. perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite. (em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado); 4. insônia ou hipersonia; 5. agitação ou retardo psicomotor; 6. fadiga ou perda de energia; 7. sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e ou inadequada; 8. capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; 9. pensamento de morte recorrente, ideação suicida, tentativa ou plano suicida.

No mínimo cinco destes sintomas, exceto as cognições e os comportamentos suicidas, devem ser apresentados todos os dias, durante quatorze dias consecutivos; pelo menos um dos sintomas deveser o humor deprimido ou perda do interesse ou prazer. Esses sintomas provocam mal-estar ou complicações em todas as áreas de atividade, mas principalmente na área social e escolar.

Para Méndez, Olivares e Ros (2005), os estados de ânimo irritável ou disfórico, em problemas próprios da infância e adolescência, como dificuldades na aprendizagem escolar, hiperatividade, comportamento anti-social, ansiedade de separação e anorexia nervosa,

levaram alguns autores a sustentar a idéia de que a depressão é um transtorno latente que se manifesta de diferentes formas.

Ainda que, os mesmos critérios diagnósticos sejam aplicados com confiabilidade nas três faixas etárias: crianças, adolescentes e adultos, destaca-se a importância do processo de maturação nas diferentes fases do desenvolvimento, nos sintomas e nos comportamentos depressivos, afirmando ainda, que os jovens nem sempre estão tristes, apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, ocorrendo algumas vezes crises de explosão e raiva. Mais de 80% destes jovens ainda apresentam apatia, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa isolamento e dificuldade de concentração, trazendo prejuízos no desempenho escolar, a baixa auto-estima, as idéias e tentativas de suicídio e problemas de comportamento (Bahls, 2002).

As variações de humor nos meninos e nas meninas entre os 12 e 20 anos foram muitas vezes atribuídas ao processo normal da adolescência. Conforme Marcelli e Braconnier (2007), dois terços dos adolescentes que apresentam depressão não recebem cuidados médicos ou psicológicos, ainda apontam que as conseqüências desse período de depressão podem estar no surgimento do fracasso escolar, de transtornos de caráter, de condutas suicidas e de condutas de dependência.

A origem da depressão na adolescência não tem causa única e que além da incontestável causa neurobiológica, outras causas são encontradas. Algumas constituídas pelas situações familiares, como um dos genitores deprimido, divórcio ou situações existenciais como as doenças físicas e decepções sentimentais. Outra causa é a pressão cultural atual que leva os jovens a sentir o mundo como decepcionante, muito coercitivo ou inquietante em relação ao futuro, um fator de grande importância continua sendo a articulação entre o processo de adolescência e as mudanças decorrentes dessa fase suas

vicissitudes e de outro lado à organização intrapsíquica depressiva independente das idades da vida (Marcelli & Braconnier, 2007).

Para a psicanálise, o humor depressivo na adolescência está relacionado com a falta de intimidade com os pais e também com o isolamento social (Capitão, 2004). Outras manifestações características de sintomas depressivos também podem ser observadas, tais como alterações de conduta, diminuição das atividades diárias, negativismo e comportamento anti-social, perda da auto-estima, ansiedade e déficits cognitivos.

Conforme salientam Soares, Almeida-Filho, Coutinho, e Mari (1992), os principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão é a violência dentro do lar, perda de um dos pais, problemas psiquiátricos em um ou ambos os pais e outros efeitos estressantes além de baixo nível socioeconômico. Por outro lado, o bom desempenho escolar e relacionamento social adequado parecem desempenhar um efeito protetor contra a presença de sintomas depressivos nesta faixa etária.

Lima (1999) aponta que apesar da dificuldade de se encontrar uma definição única do conceito de depressão, a maioria dos estudos epidemiológicos acerca dos distúrbios psiquiátricos revela a alta prevalência das alterações afetivas entre os adolescentes, em especial dos sintomas indicativos de depressão. Um estudo realizado a partir de 30 trabalhos sobre depressão na adolescência por Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey e Grant (1993) revela que o nível de humor deprimido descrito na literatura internacional varia na ordem de 20% a 35% entre os meninos e de 25% a 40% entre as meninas de amostras não-clínicas.

O diagnóstico da depressão fundamenta-se em sintomas que em geral iniciam na adolescência e apresentam um transtorno clínico por volta da terceira década de vida. Nesse

sentido, considerando a possibilidade de observar precocemente a ocorrência de indicadores de depressão é possível possibilitar um atendimento profilático (Lima, 1999).

Considerando o elevado risco no surgimento de sintomas depressivos na adolescência e de suas conseqüências futuras nos jovens, aumenta a necessidade de buscar evidências de validade em mais instrumentos psicológicos que avaliem alguns aspectos da personalidade. Os profissionais que estão envolvidos de alguma forma com a avaliação psicológica poderão utilizar instrumentos e técnicas cada vez mais confiáveis nos diversos contextos. É importante destacar ainda, que a possibilidade de um diagnóstico precoce traria benefícios para o indivíduo na sua vida futura. Sendo assim, quanto mais forem encontradas evidências de validade nos testes e técnicas disponíveis, mais segurança pode-se obter na avaliação da incidência de depressão nessa fase tão importante do desenvolvimento.

3- Avaliação Psicológica

A história da avaliação psicológica data do início do século XX e constitui, hoje, uma das funções do profissional de psicologia tornando-se uma habilidade essencial na prática profissional (Pasquali, 2001). A avaliação psicológica é um processo integrado de métodos e técnicas psicológicas apropriados para diagnosticar um problema específico, com a finalidade de fazer intervenções e tomar decisões que possam afetar a vida das pessoas avaliadas. O psicólogo utiliza da avaliação psicológica para encontrar respostas para os problemas apresentados, com o objetivo de solucioná-los (Cunha, 2000; Pasquali, 2001). A partir desses métodos e técnicas a avaliação psicológica descreve e classifica o

comportamento das pessoas e permite tirar conclusões sobre os indivíduos (Pasquali, 2001). A aplicação dos instrumentos psicológicos não define este processo e seus objetivos, a avaliação, portanto, deve incluir diferentes medidas, identificando diversas dimensões do sujeito (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Os testes constituem um passo importante na avaliação psicológica, formam uma amostra objetiva e padronizada do comportamento, usados como ferramentas que cada vez mais tem contribuído efetivamente nas mais variadas áreas da vida das pessoas. Contudo, esse crescimento tem sido acompanhado por alguns usos inadequados e expectativas que não correspondem muito à realidade. Os profissionais da área têm encontrado dificuldades em avaliá-los, conhecem pouco seus propósitos e quais tipos de informação vão poder obter sobre a pessoa que está se submetendo e, finalmente, como seus resultados poderiam ser integrados aos dados obtidos para que se pudesse conduzir a tomadas decisões (Anatasi & Urbina, 2000).

Ao longo das últimas décadas, por conta de modificações técnicas, teóricas, culturais e de exigências que surgiram das transformações socioculturais, observou-se a necessidade de correções e adaptações urgentes das técnicas psicológicas, pois, a necessidade do uso e divulgação de informações necessita ser cada vez mais precisa para que possam contribuir melhor na tomada de decisão (Alchieri, Noronha & Primi, 2003).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), preocupado com estas questões, publicou a resolução nº 025/2003 que regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização dos testes psicológicos. A preocupação desse documento é de aprimorar os instrumentos e procedimentos técnicos de trabalho dos psicólogos como também da revisão periódica dos métodos e técnicas utilizados, para garantir serviços com qualidade técnica e ética para seus usuários. São determinados alguns requisitos mínimos e obrigatórios para a utilização dos

instrumentos com questões de múltipla escolha, inventários e escalas, tais como, apresentação da fundamentação teórica do instrumento, com ênfase na definição do construto, apresentação de evidências empíricas de validade e precisão, apresentação de dados empíricos sobre propriedades psicométricas, apresentação do sistema de correção e interpretação. Para os instrumentos classificados como testes projetivos exige-se a apresentação do sistema de correção e interpretação de escores, explicitando a lógica que fundamenta o procedimento em questão.

Os testes psicológicos, considerados como instrumentos de medida devem apresentar características que nos levem a confiar nos dados que produzem (Pasquali, 2001). O uso de instrumentos e técnicas de avaliação psicológica tem seu uso condicionado à representação de determinados requisitos técnicos. Na preparação de um instrumento ou teste psicológico são necessárias condições para garantir sua qualidade e possibilidade de uso seguro, como a elaboração e análise de itens, estudos de validade, da precisão e de padronização (Alchieri, Noronha & Primi, 2003).

A validade não pode ser medida em termos abstratos, precisa ser estabelecida com referência ao uso específico para o qual o teste está sendo considerado. Os procedimentos que determinam a validade de um teste se ocupam das relações entre o desempenho no teste e outros fatos que são observados independentemente e que são relativos às características dos comportamentos em questão (Anastasi & Urbina, 2000).

Como existem diferentes tipos de usos dos testes, existem também diferentes aspectos da validade. Conforme as aplicações dos testes se ampliaram os conceitos de validade também se modificaram. Pasquali (2001) ressalta que os psicometristas recorrem a uma série de técnicas para demonstrar a validade dos instrumentos. Essas técnicas podem ser resumidas em três classes, ou seja, as que visam à validade de construto, validade de

conteúdo e validade de critério podendo esta ser dividida em validade preditiva e validade concorrente. Quando a discussão se refere às técnicas projetivas e aos métodos de investigação da personalidade, deve-se considerar a importância do estudo da validade incremental (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006). Pode-se dizer que há validade incremental quando as informações de um determinado teste conseguem prever informações que outros construtos já existentes não conseguem, ou seja, algo único (Smith, Fischer & Fister, 2003).

A validade de conteúdo consiste essencialmente no exame sistemático do conteúdo do teste. É importante que os itens constituam uma amostra adequada para que o comportamento testado possa ser analisado assegurando que todos os aspectos mais importantes estejam incluídos nos itens do teste e em proporções corretas (Anstasi & Urbina, 2000). A validade de construto ou conceito é a forma mais fundamental de validade, se o instrumento realmente mede ou representa o comportamento que deseja medir. A validade de construto pode ser trabalhada pela análise da representação comportamental do construto (Pasquali, 2001). Para a validação de construto existem técnicas que auxiliam nessa identificação, como, correlações com outros testes, análise fatorial e consistência interna. As validades de construto e de critério são as mais usadas para testes de personalidade (Anstasi & Urbina, 2000). Na validade de critério os procedimentos indicam a efetividade de um teste para prever o desempenho específico de um indivíduo. Distinguiram-se dois tipos de validade de critério: validade preditiva e validade concorrente (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2001).

Outra condição importante na elaboração de instrumentos é a fidedignidade ou a confiabilidade, isto é à consistência dos escores obtidos pelas mesmas pessoas, ou seja, se os escores do mesmo sujeito se mantêm iguais em diferentes ocasiões (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2001). O conceito de fidedignidade tem sido usado para abranger os aspectos da consistência dos escores, indicando a extensão em que as diferenças individuais apontadas nos mesmos são atribuíveis a diferenças “verdadeiras” e a extensão que são atribuídas a erros causais (Anastasi & Urbina, 2000).

A padronização se refere à necessidade de uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste, desde precauções na aplicação até os critérios para a interpretação dos resultados obtidos. Uma das preocupações importantes da padronização dos instrumentos psicológicos é garantir que a coleta de dados seja de boa qualidade e mais uniforme. Uma aplicação mal feita compromete os resultados. Para garantir uma boa administração é necessário seguir critérios como o material de testagem, o ambiente da testagem, o ambiente psicológico; o aplicador e seu conhecimento, aparência, comportamento durante a testagem (Anastasi & Urbina, 2000).

Embora a abordagem psicométrica seja necessária ela não deve constituir-se na única fonte de avaliação, especialmente quando envolve procedimentos e técnicas projetivas. Os testes projetivos não podem ser validados do mesmo modo que os testes psicométricos, as provas projetivas tem um método próprio, não investigam uma única variável, descrevem o indivíduo por meio de uma dinâmica de variáveis correlacionadas (Anzieu, 1978).

Nesse sentido, o termo validade clínica, proposta por Tavares (2003), traz a importância da complementaridade da abordagem clínica (idiográfica), que leva em conta informações de vários contextos sobre um indivíduo e da estatística (nomotética) que traz

dados de uma amostra de indivíduos. Os critérios de uma investigação de validade, normalmente, dependem de uma perspectiva adotada, podendo ser nomotética ou idiográfica e que por sua vez não são excludentes, podem e devem ser aplicadas ao mesmo instrumento.

Conforme o autor, a validade clínica é um termo utilizado para caracterizar a adequação da informação (nomotética ou idiográfica) de um sujeito em particular. Nomotético por sua vez significa aquilo que cria ou que é próprio das leis universais. O que interessa nesta abordagem é a avaliação dos dados de grupos, como grupos normativos e grupos critério.

Uma característica importante que deve ser considerada nessa abordagem e que requer mais consideração do ponto de vista clínico é que os significados (redes de relações) atribuídos a um procedimento são generalizáveis a populações (a partir de amostras representativas), e não a indivíduos. Um indivíduo de um grupo não é igual à média daquele grupo e uma conclusão nomotética seria concluir que pode ser igual. Idiográfico diz respeito à performance do indivíduo em momentos diferentes ou situações semelhantes, avaliados por métodos independentes. Os procedimentos qualitativos como a entrevista clínica, a avaliação do psicoterapeuta, a opinião ou o julgamento de observadores, também podem ter sua validade demonstrada empiricamente.

A validade clínica mostra o significado único de um indicador para um sujeito e seu contexto específico. O termo validade clínica é utilizado para integrar informações referentes aos procedimentos e instrumentos utilizados, ao processo de avaliação e ao sujeito singular. Ao abordar a questão da validade, sem qualificá-la como validade clínica, procura-se a validade de um instrumento em termos gerais, sem considerar particularidades.

O real interesse está na integração dinâmica dos padrões de resposta e na diversidade das situações.

Conforme Güntert (2000), tanto os fenômenos gerais da manifestação de certo grupo - de caráter nomotético, quanto às observações que buscam compreender a singularidade de determinado indivíduo - de caráter idiográfico, são de extrema importância para avaliação psicológica.

O rigor psicométrico pode garantir mais confiabilidade aos métodos projetivos. No entanto, a validade de enfoque clínico, correlacionado com dados de outras fontes de informação sobre um mesmo indivíduo, é desejável em virtude da complexidade da natureza humana (Villemor-Amaral, 2006).

3.1 - Testes de personalidade e técnicas projetivas

Os testes são medidas de processos psicológicos, são operações empíricas, científicas, pelas quais a psicologia analisa o seu objeto de estudo, os processos psíquicos e os comportamentos deles decorrentes. Por meio de técnicas e metodologias específicas os testes avaliam e investigam comportamentos. São instrumentos objetivos e padronizados de investigação do comportamento (Alchieri, Noronha & Primi, 2003).

Existem diversos tipos de testes psicológicos, mas vamos enfatizar os testes de personalidade e as técnicas projetivas por serem partes integrantes da pesquisa. Os instrumentos projetivos são frequentemente usados em avaliação da personalidade ou de fatores de ordem emocional, enquanto os testes psicométricos são normalmente usados para avaliar diversas aptidões, entre elas, a inteligência.

Os testes de personalidade como os inventários de auto-relato, medidas de atitudes, interesse, as técnicas de entrevista, são muito conhecidos, porém, as técnicas projetivas são mais conhecidas. De acordo com Vane e Guarnaccia, (1998), os métodos usados para avaliar a personalidade podem ser agrupados em duas categorias. Uma das categorias pode ser chamada de direta que consiste em escalas, questionários e inventários de personalidade, entrevistas, observação do comportamento ou informação de pessoas significativas, a outra é indireta e é constituída pelas técnicas projetivas.

Os inventários são os que sofrem mais influencia das respostas socialmente aceitas, alguns indivíduos respondem o que seria mais adequado ao invés de dar respostas conforme suas crenças, enviesando o resultado (Anastasi & Urbina, 2000).

Para Bandeira Bandeira, Trentini, Winck e Lieberknecht (2006), tanto as técnicas projetivas, quanto as psicométricas não são excludentes, mas sim fontes de dados distintas e complementares. A diferença fundamental entre os dois tipos de técnica é o fato dos testes psicométricos basearem-se em critérios objetivos e observáveis para medir construtos, enquanto que as técnicas projetivas utilizam-se critérios subjetivos, dinâmicos para caracterizar os construtos (Pasquali, 2001).

Como inventários de auto-relato alguns deles podem ser citados, como o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), para adultos e adolescentes; o Questionário de Personalidade de 16 fatores (16PF), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) cujo objetivo é detectar a severidade do transtorno depressivo em crianças e adolescentes, sendo um instrumento adaptado do Inventário Beck de Depressão (BDI), que por sua vez avalia a intensidade dos sintomas depressivos em adolescentes e adultos (Anastasi & Urbina, 2000).

As técnicas projetivas são as mais usadas como testes de personalidade e instrumentos que medem características emocionais, motivacionais e intrapessoais, habitualmente utilizadas em ambientes clínicos e de aconselhamento. A natureza das técnicas projetivas se caracteriza por realizar uma avaliação global da personalidade, diferencia-se pelas tarefas que são relativamente não-estruturadas permitindo uma variedade muito grande de respostas. As técnicas mais utilizadas são Método Rorschach ou a Técnica das Manchas de Tinta, o Teste de Apercepção Temática (TAT) e as Técnicas de Contar Histórias, as Técnicas Gráficas ou Técnicas de Fazer Desenhos e Inventários de Personalidade (Anastasi & Urbina, 2000).

Conforme afirma Hammer (1991), qualquer forma de expressão representa de alguma maneira a marca de personalidade de quem se expressa, a forma de vestir, como se comportar e até mesmo a forma de andar, refletem aspectos da personalidade do indivíduo. O autor acrescenta que qualquer pessoa que se dispõe a fazer um desenho, por exemplo, vai normalmente desenhar o que sabe que não será dissociado daquilo que sente ou que é, estará projetando na sua produção, parte de sua personalidade.

Freud utilizou o termo projeção para nomear mecanismos psíquicos, sem, no entanto, elaborar uma teoria de projeção. Conforme Anzieu (1978) conceito de projeção foi introduzido, em 1895, pela primeira vez em sua obra em um artigo sobre “Neurose de Angústia”.

Na teoria psicanalítica, o termo projeção é definido como um processo que consiste em atribuir os próprios impulsos, qualidades, sentimentos, desejos e afetos a outras pessoas ou ao mundo externo, deixando de lado o que é indesejável. Usado como mecanismo de defesa inconsciente, que permite ao indivíduo desconsiderar esses fenômenos, como se não fossem seus (Laplanche & Pontalis, 1970; Anzieu, 1978).

Em 1939, Frank lança a definição da expressão “métodos projetivos” para designar o estudo da personalidade baseando-se no teste de associação de palavras de Jung (1906), no teste de manchas de Rorschach (1921) e no Teste de Apercepção Temática (TAT) de Murray em 1935. Frank aborda nesses testes uma dinâmica holística da personalidade, uma estrutura evolutiva onde os elementos se interagem e a pessoa expressa em uma atitude construtiva e interpretativa a fantasia interior (Van Kolck, 1975; Anzieu, 1978) Em Dorsch, Hächer e Stapf, 2001, p.940 aparece à definição da expressão: “A essência de um método projetivo consiste em atrair o mundo próprio do examinado”.

Conforme os estímulos pouco ou nada estruturados são apresentados diante do sujeito, sua resposta deve ser sempre projetiva, revelando de modo particular sua forma de ver a situação, de sentir e interpretar. Com essas condições os estímulos provocam projeções, economizando, desse modo, tempo e esforço que em outras situações mais esturradas seria mais difícil e levaria um tempo maior. Os testes projetivos acabam por favorecer a descarga sobre o material apresentado especialmente do que se recusa ser ou o que vivencia em si mesmo como algo mau (Van Kolck, 1975; Anzieu, 1978).

Para Bandeira e cols (2006), a projeção pode ser entendida como o processo no qual o sujeito demonstra externamente, seus conflitos, pensamentos e sentimentos de modo inconsciente ou induzido por recursos ou técnicas. Os autores apontam que por meio da projeção o sujeito pode elaborar um conceito e uma estrutura própria do meio externo por meio de seus processos subjetivos, ampliando o conceito de projeção para além da compreensão da projeção como mecanismo de defesa do ego.

Conforme Villemor-Amaral (2006), desde o início do século XXI está em pauta uma série de debates sobre *status* científico dos métodos de investigação da personalidade. O que mais se tem discutido são as técnicas projetivas em contraposição às objetivas. As

discussões têm girado em torno do rigor metodológico nos estudos de validação e da validade incremental nas técnicas projetivas, que é observada quando se consegue demonstrar a validade de uma técnica para fins específicos.

A autora destaca, ainda, que existem pontos de diferenciação entre as técnicas projetivas – como Roschach, TAT, DFH entre outras e as técnicas objetivas – como entrevistas e escalas de auto-relato, pois são instrumentos que acessam informações em diferentes níveis, mesmo quando avaliam construtos paralelos. As medidas que devem ser acessadas de modo objetivo são as necessidades explícitas e que as pessoas reconhecem como característica de seu funcionamento rotineiro, sendo que as respostas são mais intencionais. Ao contrário das objetivas, os resultados esperados nos instrumentos projetivos são comportamentos mais espontâneos, subjetivos, motivados por necessidades implícitas.

De acordo com Reppold e Hutz (2003), no que se refere à investigação dos indicativos de alterações afetivas, os vários métodos disponíveis variam, inclusive, quanto à fonte de informação. Enquanto as escalas de auto-relato requerem um julgamento do próprio indivíduo, outros métodos necessitam a avaliação de um observador profissional. Devido à diversidade dos métodos diagnósticos e à imprecisão da validade de construto de muitos desses métodos, os estudos referentes à incidência de sintomas depressivos apresentam alguns resultados pouco conclusivos, e um baixo índice de concordância entre os juízes (Lima, 1999). Neste estudo, portanto, uma psicóloga com experiência foi utilizada como juiz nesse instrumento avaliou o Teste de Pfister juntamente com autora dessa pesquisa.

Como para essa pesquisa as técnicas mais apropriadas são aquelas que avaliam a personalidade, os instrumentos utilizados foram o Inventário de Depressão Beck e as

Pirâmides Coloridas de Pfister. O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) é um instrumento de avaliação psicológica feito para fornecer informações sobre aspectos da personalidade que são importantes para a expressão da afetividade que apresenta alguns indicadores de depressão como: impulsividade, agressividade, ansiedade elevada e vazio emocional. O teste das Pirâmides Coloridas de Pfister foi adotado por ser uma técnica projetiva importante na avaliação da dinâmica afetiva da personalidade. O Pfister contempla variáveis que permitem o acesso da personalidade, sendo instrumento auxiliar na investigação da estrutura normal e perturbada do afeto (Villemor Amaral, 1978).

3.2 – Inventário Beck de Depressão – *Beck Depression Inventory* (BDI)

O Inventário Beck de Depressão é caracterizado como principal instrumento de auto-avaliação referido na literatura para mensuração dos sintomas de depressão tanto em pesquisa como em clínica, o *Beck Depression Inventory* (BDI), criado em 1961, e validado no Brasil por Cunha (2001), (Gorestein & Andrade, 1998; Reppold & Hutz, 2003). O BDI tem sido amplamente utilizado para demonstrar a prevalência da sintomatologia depressiva em amostras clínicas e não-clínicas.

Pesquisas realizadas por Gorestein e Andrade (1998) com Inventário Beck de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory*; BDI) Cunha, (2001), em diversas amostras, apontam resultados importantes quanto às propriedades psicométricas da versão em português.

Em uma amostra inicial com estudantes universitários realizada por Gorestein e Andrade (1998), foi aplicado o Inventário Beck de Depressão com o objetivo de comparar os resultados obtidos com os da literatura internacional em populações semelhantes. Foram 217 universitários, 53 graduados, 120 homens e 150 mulheres, de várias faculdades de São Paulo. O teste t de Student foi utilizado para comparar sexo e nível educacional e também para as comparações interculturais. O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para calcular a consistência interna. Para as comparações interculturais foi utilizado o teste t de Student. Os resultados demonstraram que não houve diferença entre a idade e o nível educacional. A consistência interna da escala foi 0,81 para a amostra total e 0,76 para a subamostra de homens e 0,83 para a de mulheres, valores próximos aos resultados de uma meta-análise, estimando um coeficiente alfa de 0,81 para sujeitos não-psiquiátricos (Beck e cols.,1988). O estudo quando comparado com diferentes culturas mostrou padrões semelhantes, embora tenham sido encontradas algumas diferenças, não foram consideradas como expressando variações clinicamente significativas. Os resultados desse estudo demonstram evidências de validade de construto.

Em outro estudo, realizado por Gorestein e Andrade (1998), foi avaliada a validade do questionário em diferentes populações de pacientes de ambulatório, ansiosos e deprimidos, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, FMUSP e comparando os escores com os de universitários. A amostra de pacientes ansiosos foi constituída de 117 pacientes ambulatoriais, sendo 49 homens e 68 mulheres que tinham Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia. O BDI foi respondido após um período de duas semanas sem qualquer medicação. A amostra que preenchiam critérios para Transtorno Depressivo segundo o DSM-III-R Nesse caso os pacientes estavam medicados. As diferenças foram comparadas por ANOVA e teste t Tukey, considerando um erro de 5%. As mulheres

apresentaram escores significativamente mais altos que os dos homens ($13,2 \pm 10,4$ vs $9,6 \pm 8,5$). Os escores dos 3 grupos foram diferentes ($p < 0,0001$): os pacientes deprimidos apresentaram os escores mais elevados ($25,2 \pm 12,6$), os pacientes ansiosos apresentaram escores intermediários ($15,8 \pm 10,3$), enquanto os menores escores foram os da amostra de estudantes ($8,5 \pm 7,0$). A consistência interna para a amostra de pacientes deprimidos foi de 0,88, mais uma vez concordando com a meta-análise que encontrou valores de 0,86 para pacientes psiquiátricos (Beck e cols, 1988). Os resultados obtidos, publicados em Gorenstein e Andrade (1996) confirmaram a validade discriminante da versão em português do BDI, pela sua capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e de sujeitos normais.

Ampliando o estudo das propriedades psicométricas do BDI as autoras acrescentaram a análise fatorial e análise discriminante e avaliaram as diferenças de sexo na sintomatologia depressiva em uma amostra não-clínica de estudantes universitários. A amostra foi constituída de 1080 estudantes universitários, 845 eram mulheres e 235 homens com média de idade, $24,1 \pm 6,4$ anos da cidade de São Paulo pertencentes na sua maioria em cursos noturnos. Novamente neste estudo foram observados escores maiores para as mulheres do que para os homens ($11,4 \pm 7,9$ vs $9,9 \pm 8,1$). As diferenças de idade e gênero encontradas nos escores BDI estão de acordo com achados em outras culturas (p.ex. Weissman e cols, 1991; Turner e cols., 1995; Mirowski e Ross, 1992; Baron e Campbell, 1993; Lehmicke e Hicks, 1995 citados por Gorenstein & Andrade, 1996). O escore médio total do BDI para os subgrupos de acordo com os pontos de corte não-clínicos foi: < 15 : $7,6 \pm 4,2$ (76,6%); $16-20$: $17,7 \pm 1,3$ (10,1%); > 20 : $26,5 \pm 5,5$ (13,3%). Considerando a amostra total, 23,2% das mulheres em comparação com 16,2% de homens apresentaram escores compatíveis com disforia/depressão ($BDI > 16$).

A análise fatorial de componentes principais com rotação Varimax foi realizada para avaliar a estrutura da escala, considerando a amostra total e os sexos (Johnson & Wichern, 1992). Apesar da grande variação, dois fatores são constantemente encontrados para a escala de Beck: o cognitivo-afetivo e o somático. De acordo com a análise fatorial, foram extraídos 3 fatores para a amostra total, O fator 1 representa a dimensão de autodepreciação, enquanto o fator 2, cognição-afeto e o fator 3, a dimensão somática. Esses três fatores obtidos para a amostra total são semelhantes aos obtidos por Steer e cols., (1987) e Startup e cols., (1992) para pacientes deprimidos ambulatoriais. Quando as amostras foram subdivididas quanto ao sexo, houve alteração nos resultados da análise fatorial, extraindo-se dois fatores para cada subgrupo. Segundo a análise fatorial as mulheres combinam autodepreciação e cognição-afeto no fator 1 e a dimensão somática no fator 2, enquanto para os homens o fator 1 representa a dimensão cognição-afeto, e o fator 2 representa as dimensões autodepreciação e somática. Assim, a autodepreciação foi mais associada à experiência depressiva de mulheres, enquanto nos homens ela aparece como um componente secundário. As diferenças entre homens e mulheres na expressão da depressão da sintomatologia depressiva precisam ainda ser confirmadas em estudos futuros em uma população clínica com diagnóstico atual estabelecido por meio de entrevista clínica e com uma distribuição balanceada de homens e mulheres.

Gorestein e Andrade (1998), com a finalidade de diferenciar estudantes com possível depressão dos estudantes não-deprimidos, utilizaram os dados do estudo anterior e como ponto de corte foi utilizado escores acima de 20. As autoras optaram pelo critério de utilizar um ponto de corte mais restrito considerando que o Inventário de Depressão de Beck não é um instrumento projetado para finalidades diagnósticas e nesse caso foi usado sem uma avaliação clínica. Essa análise mostrou que o BDI discrimina bem a

sintomatologia depressiva (97,5% de classificação correta) em estudantes universitários. Um aspecto que também foi abordado é o de o que estaria realmente medindo o BDI em estudantes universitários, se ele estaria avaliando aspectos específicos de depressão ou o BDI seria nesse caso, apenas uma medida de psicopatologia geral. Para explorar mais profundamente essa questão, as autoras conduziram duas análises discriminantes considerando itens específicos e não-específicos de depressão, definidos de acordo com Salamero e cols., (1994). O alto índice de classificação correta para os sujeitos deprimidos (86,5%), com base nos itens específicos de depressão e para os não-deprimidos com base nos itens não específicos de depressão (84,2%) e o maior índice de classificação incorreta para deprimidos com base nos itens não específicos de depressão (80,0%) sugerem que o BDI estaria medindo não apenas psicopatologia geral, mas também aspectos específicos de depressão nessa amostra.

Gorestein e Andrade (1998) ampliaram as pesquisas em amostras de adolescentes, estudantes de primeiro e segundo grau, com idades de 13 a 17 anos. Até o momento da publicação dessa pesquisa haviam sido avaliados 374 adolescentes, sendo 195 do sexo feminino e 179 do sexo masculino, com média de idade de $14,7 \pm 2,1$ anos, estudantes de escolas privadas e uma pública da cidade de São Paulo. Não houve diferença entre escolas nem efeito de idade nos escores. O escore médio foi semelhante ao da amostra de universitários do primeiro estudo. Nessa amostra também foram encontrados escores significativamente maiores para os estudantes do sexo feminino do que para o masculino ($8,5 \pm 6,4$ vs $6,4 \pm 5,4$), o que é coerente com o observado em adultos e em outros estudos em adolescentes (Baron & Campbell, 1993; Larsson & Melin, 1990; Olsson e Von Knorring, 1997). Os escores encontrados também são semelhantes com os encontrados na primeira amostra, a grande maioria, 90,4% apresentou escores abaixo de 16; escores entre

16-20 foram 6,1% , acima de 20 foram apresentados por 3,5% dos indivíduos. A consistência interna da escala foi 0,79 para a amostra total e 0,74 para a amostra do sexo masculino e 0,81 para a do sexo feminino.

Em pesquisa realizada por Tanajura, Santos-Jesus, Tavares-Neto e cols. (2002), com o objetivo de observar a Prevalência de depressão em diferentes grupos de pacientes internados no Hospital Universitário da Bahia, foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (BDI) em uma amostra de pacientes dividida em grupos de pacientes com doenças clínicas, cirúrgicas e neoplásicas. Dos 196 pacientes pertencentes a ambos os sexos foram observados escores do BDI significativamente maiores naqueles pacientes com doenças clínicas se comparados com os pacientes com patologia cirúrgica e neoplásicas. Depois de estabelecido o ponto de corte a prevalência de depressão foi de 51,5% (57,7 nos clínicos, 42,9 nos cirúrgicos e 34,2 nos com neoplasias). Concluiu-se nesse estudo que a elevada prevalência de depressão deixa evidente a necessidade mais atenção sobre os estados depressivos em pacientes internados em hospitais gerais.

3.3 - O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC)

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) trata-se de uma técnica projetiva que pretende investigar aspectos psicodinâmicos com bases nas relações entre as cores, seu manejo e simbolismo. Foi desenvolvido por Max Pfister, sendo apresentado pela primeira vez como tese de doutorado por volta de 1948. Max Pfister nasceu em Zurique, em 1º de março 1889, sempre teve muitos dotes artísticos, sendo estes cultivados durante seu crescimento. Pfister formou-se em arquitetura e dedicou-se à área até se envolver no

mundo da dança. Tornou-se coreógrafo, bailarino, professor de dança, conquistando destaque nesse campo das artes cênicas. Por meio de suas observações, ainda nesta época, percebeu a relação das cores com estados ou reações emocionais correspondentes (Villemor Amaral, 1978). Alguns anos depois fez psicologia no Instituto de Psicologia em Zurique, foi quando criou uma técnica para avaliação de personalidade, mas naquela época tal técnica ainda não tinha um aprofundamento científico. Seu trabalho foi publicado apenas em 1951 pelos psicólogos Robert Heiss e Hildegard Hiltmann, da universidade de Friburgo, que interessados pelo método realizaram pesquisas sistemáticas com caráter mais científico (Villemor-Amaral, 2005). Esse grupo de Friburgo introduziu algumas modificações na técnica de aplicação, manteve as instruções de Pfister, mas, acrescentou duas pirâmides ao teste que continha apenas uma e no que se refere ao material colorido teria que ter pelo menos 15 papezinhos de cada tonalidade.

A forma geométrica da pirâmide também foi uma escolha muito significativa. A estrutura de uma pirâmide, mais do que qualquer outra forma geométrica, facilita o aparecimento de grandes variedades de configurações, com qualidades gestálticas mais sofisticadas (Villemor-Amaral, 2005).

No Brasil, o Pfister foi introduzido na disciplina de Técnicas Projetivas do curso de Psicologia Clínica da Faculdade de Filosofia da PUC-SP, em 1956, pelo professor Fernando de Villemor Amaral, o qual em 1966 publicou o primeiro estudo de adaptação e validação da técnica para uma amostra brasileira. 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.

As vantagens do Teste das Pirâmides de Pfister são evidenciadas pelo fato de ser um teste não-verbal com características lúdicas, cuja aplicação requer um curto tempo, aproximadamente 15 minutos, podendo ser aplicado em qualquer pessoa com idade superior a 7 anos. É pedido ao avaliando que preencha um esquema de pirâmide com quadriculos de diversas cores as quais ele considere bonitas. Após o preenchimento da primeira pirâmide é solicitado para preencher outra e depois uma terceira. Terminadas as três pirâmides, rerepresentamos as outras duas, colocando-as alinhadas na frente do sujeito na ordem em que foram feitas, da esquerda para a direita, em seguida é realizado um pequeno inquérito para verificar a preferência do testando pelas pirâmides (Villemor-Amaral, 2005). Em seguida, se transpõe o que foi registrado para as pirâmides que estão no verso da folha para a contagem das cores utilizadas e os valores a serem transformados posteriormente em porcentagens. Para a análise de resultados é necessário que seja considerado o *processo de execução* que traduz a forma como a pessoa faz a tarefa no conjunto das três pirâmides; o *modo de colocação* que reflete a maneira como a pessoa coloca as cores, procura-se classificar o modo que dispõem as cores sobre as pirâmides; o *aspecto formal* de cada uma das pirâmides é, portanto, um dos elementos fundamentais da análise por indicar as possibilidades de controle racional que o indivíduo tem sobre os afetos e as emoções. A forma está relacionada com o funcionamento cognitivo, definir formas é uma tarefa cognitiva complexa, sendo que, a precisão da forma equivale à precisão da percepção e do pensamento que dependem da capacidade intelectual e do bom controle emocional, a integração entre a forma e a cor pode constituir um indicador de trocas e descargas emocionais e em seguida *as cores* que são representantes de afeto e emoções com suas variações cromáticas, *agrupamentos de cores em duplas, síndromes e fórmulas cromáticas* (Villemor-Amaral, 2005).

Conforme salienta a autora, trata-se de um teste de cores, legítimas representantes dos afetos e emoções, conforme constatações no campo da psicologia e do psicodiagnóstico. As emoções mais excitadas equivalem a cores mais quentes e as mais calmas a cores frias. O grupo das mais quentes são as cores vermelho, laranja e amarelo e as cores consideradas frias são o azul, verde e o violeta. As cores cinza, preta e branca são consideradas acromáticas e relacionam-se à inibição e negação dos sentimentos, quando utilizadas com muita frequência. A cor verde é a que é mais atribuída ao contato e aos relacionamentos afetivos sociais; ao azul a capacidade de controle e adaptação; ao vermelho são estados mais excitados, ligados à extroversão, irritabilidade, impulsividade e agressividade; ao amarelo, ligado também à extroversão, mas uma extroversão moderada e mais adaptada ao meio ambiente; laranja é a cor da ambição, anseios de produção e desejos de se valer pela produtividade; o marrom é uma cor vinculada à extroversão, mas, vinculada à esfera mais primitiva dos impulsos; violeta tem seu significado ligado à tensão e ansiedade; preto está relacionado às defesas e medo do desencadeamento de impulsos que levariam à perda do equilíbrio; ao branco é atribuído o vazio interior, fragilidade estrutural e estabilidade precária; o cinza teria um significado de carência afetiva e sentimento de vazio, ansiedade, insegurança e repressão de afetos.

Algumas pesquisas realizadas com o Pfister trouxeram contribuições relevantes e resultados importantes de serem observados e que são significativos para o presente estudo.

No estudo realizado por Villemor-Amaral, Silva e Primi (2002) buscou-se fazer uma comparação entre um grupo experimental (GE) composto de 12 pacientes diagnosticados com TOC e outro grupo controle (GC) com 18 sujeitos que nunca haviam procurado ajuda psiquiátrica ou psicológica pertencentes à comunidade, tais como, funcionários de uma empresa de transporte da cidade e alunos e funcionários da própria universidade.

O teste de Pfister foi aplicado em ambos os grupos, sendo que no GE foi aplicada a SCID, para validação do diagnóstico e uniformização da amostra. A amostra foi composta por 30 sujeitos com idade superior a 18 anos. O GE com os 12 pacientes ligados a instituições de saúde mental e diagnosticados pela SCID como portadores do TOC. O primeiro contato com o paciente era com a aplicação da SCID-I para verificar sua história e tratamento. Era verificada também a presença ou ausência de transtornos e sintomas de modo que se pudesse chegar ao diagnóstico psicopatológico. O teste de Pfister era aplicado logo após. Os atendimentos eram realizados em dupla e duravam de uma a três horas, conforme as características individuais e o estado clínico de cada paciente. O grupo controle foi formado de acordo com os dados apresentado pelo grupo experimental, sendo considerada a idade e a escolaridade dos participantes. Após a realização da entrevista inicial contendo dados de identificação é que se dava início à aplicação do Teste de Pfister. Os dados foram analisados considerando a frequência das cores utilizadas e o aspecto formal de acordo com a interpretação de Villemor Amaral (1978). A regressão logística foi utilizada para verificar quais variáveis seriam capazes de prever a pertença ao grupo experimental, com diagnóstico de TOC. A regressão logística busca estimar qual a probabilidade do sujeito pertencer ao grupo experimental. Por meio dos resultados da regressão logística foi possível observar três variáveis que obtiveram coeficientes significantes utilizando-se o critério $p < 0,15$. As variáveis que contribuíram para o diagnóstico de TOC foram: aumento na proporção do uso do marrom, aumento de formações simétricas e diminuição de estruturas. Na comparação entre o diagnóstico da SCID e o diagnóstico observado pelas três variáveis do Pfister pode se observar uma sensibilidade 58,3% (dos 12 pacientes diagnosticados pela SCID, sete casos foram classificados corretamente) e uma especificidade 88,9% 16 casos dentre 18 foram

classificados corretamente como pertencentes ao grupo controle, uma maior chance de obter erros do tipo falso negativo do que falso positivo. Quanto ao aspecto formal, o que foi observado nos resultados como indicador mais próximo ao TOC foi a formação simétrica e que tem como característica a simetria horizontal. Conforme Villemor Amaral (1978), nas estruturas simétricas, diferente das formações, podem ser observadas simetrias tanto no plano horizontal como também no plano vertical das pirâmides. Nas organizações em que se leva em conta o plano vertical são mais encontradas em pessoas com melhores níveis de estrutura emocional e maturidade afetiva. Encontrar mais formações simétricas é também um dado significativo, pois, sua presença está relacionada a estados emocionais próprios desse quadro, tais como a falta de estabilidade emocional e forte tensão interna, acompanhados do sentimento de angústia e ansiedade. Cordioli e Heldt (2000, citados na por Villemor-Amaral, Silva & Primi 2002) consideram a simetria como fazendo parte dos rituais obsessivos ou compulsivos mais comuns, apresentados pelo indivíduo com TOC.

Villemor-Amaral, Primi, Farah, Cardoso e Franco (2003) realizaram estudos de normatização com o teste de Pfister, para uma possível validação do teste para diagnóstico em psicopatologia, já que as últimas atualizações de amostra normativa foram realizadas por Villemor Amaral em 1978. A amostra foi composta por 109 indivíduos não-pacientes, sendo levado em consideração características como, idade, sexo e nível educacional. A amostra foi composta de voluntários de empresas da região e que atendiam às características desejadas, não ter queixa específica e nunca ter procurado tratamento psicológico ou psiquiátrico. Os sujeitos respondiam a um questionário inicial para a inclusão dos dados. Todos os protocolos foram classificados por dois pesquisadores independentes O programa SPSS foi utilizado para a construção das tabelas.

Foram apresentadas as tabelas com as análises descritivas da frequência de cores, tonalidades, síndromes cromáticas e aspecto formal e também uma tabela comparativa entre as expectativas quanto à frequência das cores no estudo de 1978 e no estudo de 2003. Foi possível constatar que as médias não diferem muito ao serem comparadas, apesar de 25 anos de uma pesquisa para a outra, o estudo atual traz também uma tabela de frequência para o aspecto formal das pirâmides, o que não se encontrava na publicação de 1978.

Estudos realizados por Villemor-Amaral, Primi, Franco, Farah, Cardoso e Silva (2005), buscaram identificar indicadores no teste de Pfister em pacientes esquizofrênicos, procurando evidências de validade nesse instrumento para diagnóstico em psicopatologia. A amostra foi composta de 20 sujeitos ligados a uma instituição de saúde mental (hospital-dia ou internos em clínicas de atendimento psiquiátrico ou psicológico) diagnosticados pela SCID-2000 como portadores de esquizofrenia e medicados pelos médicos psiquiatras. A comparação dos resultados foi realizada com base nos indicadores da pesquisa para fins normativos com 110 indivíduos adultos não-pacientes. Os resultados foram analisados estatisticamente considerando-se a frequência das cores e o aspecto formal das pirâmides de acordo com a interpretação de Villemor Amaral (1978). Como estratégia de análise foi utilizada a regressão logística para verificar quais variáveis seriam capazes de prever a pertença dos indivíduos no grupo de esquizofrênicos. Não foram encontradas cores com maior ou menor constância e que pudessem ser consideradas típicas para esse grupo. Em relação à frequência absoluta, o vermelho e o marrom foram utilizados com frequência nas três pirâmides executadas pelos pacientes, sendo que não foi observado o mesmo com os não-pacientes. O aumento do branco não foi confirmado conforme o esperado quando comparado com o grupo normativo.

Também foi constatado pelos autores que a incidência de tapetes furados e desequilibrados é significativamente maior entre os pacientes enquanto a ocorrência de formações estratificadas é significativamente mais baixa nesse mesmo grupo quando comparados ao grupo de não-pacientes. O predomínio da colcha de retalhos é resultante de um modo de organização simplista, sem tantas exigências cognitivas, o que dá a impressão de que o examinando realizou a tarefa de forma aleatória, sem muita elaboração e atenção. Esse aspecto formal, em maior frequência, conforme os autores vão de encontro ao funcionamento cindido e com as características de dissociação no curso do pensamento, fragmentação, pouca coesão e desagregação da estrutura da personalidade. Seja pelo desequilíbrio observado na distribuição das cores, seja pelo aspecto interrompido dado pelo uso aleatório do branco, estamos diante da representação do desequilíbrio e fragmentação característicos do universo mental desses pacientes. Foi verificado que as coordenadas de ROC sugerem a probabilidade de diagnosticar corretamente 70% dos esquizofrênicos com base nesses indicadores, havendo, entretanto um risco de 43% de falsos positivos entre o grupo de não-pacientes. Pode-se concluir que o teste de Pfister pode contribuir para o diagnóstico da esquizofrenia, mas, outros estudos podem ampliar sua validade para diagnóstico em psicopatologia.

Um outro estudo muito importante para a presente pesquisa investigou o desempenho de pacientes com depressão no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, realizado por Villemor-Amaral, Primi, Farah, Silva, Cardoso, Franco (2004). Foram realizadas pesquisas quanto à utilização das cores e da forma, esse estudo procurou verificar quais destas variáveis poderiam contribuir para o diagnóstico de depressão. A amostra foi composta de 19 pacientes com depressão previamente diagnosticada pela Entrevista Clínica Estruturada (SCID) e seus desempenhos foram comparados com os

resultados obtidos com uma amostra de 110 indivíduos não pacientes que participaram do estudo normativo. A amostra normativa foi composta por voluntários que nunca apresentaram queixas específicas (Villemor-Amaral, Primi, & Silva, 2002). Todos os pacientes com depressão estavam em tratamento psiquiátrico em clínicas de saúde. A regressão logística foi utilizada para verificar quais variáveis dentre frequência de cores e aspecto formal poderia contribuir para o diagnóstico da depressão, investigando quais indicadores permitem prever a pertença de um paciente no grupo de depressão. A constância absoluta da cor violeta e a porcentagem aumentada da cor verde, as formações cortadas e as formações tendendo a estrutura os indicadores foram os indicadores que se mostraram significativos. Com base nesses indicadores as coordenadas da curva de ROC demonstraram uma sensibilidade de 84,2% e uma especificidade, de 34,2%. Embora os dados possam ser considerados significativos de depressão com uma boa sensibilidade que possa identificar verdadeiros pacientes, há risco de se classificar como sendo deprimidos indivíduos que não são pelo fato da especificidade ser baixa.

O aumento do preto ou da cor violeta que era esperado encontrar, não apresentou resultado significativo na análise de regressão logística. Apesar da cor verde significar um bom contato com o ambiente e uma boa capacidade de relacionamento, seu aumento pode indicar elevação da ansiedade. Conforme os autores, esse dado parece ser corroborado com a presença constante da cor violeta que se mostrou como cor de constância absoluta. A cor violeta é uma cor que revela tensão e ansiedade. Os autores citam que em Villemor Amaral (1978), os indivíduos que usam a cor violeta expressam desejo de alcançar algo que de algum modo pareça inacessível. Acrescentam os autores que em Lima (1999) é comentado a existência de ansiedade geralmente associada à depressão. Mostram, portanto, como é possível do ponto de vista teórico compreender a constância absoluta de violeta associada

ao aumento da cor verde e como pode ser significativa para a caracterização da depressão no Pfister.

Em relação a um dos dados do aspecto formal em que aparecem formações cortadas, em que o branco ou as tonalidades esbranquiçadas formam uma camada da pirâmide e também formações estratificadas tendendo a estruturas, Villemor-Amaral e cols (2004) apontam que tanto em Villemor Amaral, (1978), que já observava que as formações cortadas ou decepadas apareciam como característica de dificuldades de relacionamento, como em Exner (1993), utilizando-se da Técnica de Rorschach estudava pacientes com depressão, foi observado um aumento das dificuldades de relacionamento e enfrentamento de situações sociais em pacientes com queixas de depressão.

O outro dado do aspecto formal que também apareceu como resultado significativo foi às formações tendendo à estrutura que correspondem a uma maturidade emocional crescente. Os autores apresentam a visão psicanalítica de que a depressão tem sua origem em um estágio mais evoluído do desenvolvimento, pois, envolve a integração e a percepção do objeto total. É possível observar que o resultado é coerente com esse nível de integração e estruturação do eu, quando comparados com pacientes mais regredidos. Mesmo que, nessa amostra não se tenha distinguido quais aspectos prevaleçam, se os cognitivos ou os sociais e afetivos é possível se constatar que tanto as características cognitivas como os aspectos sociais e afetivos estão de certa forma representados nos indicadores revelados pela regressão logística. Pode-se afirmar que os resultados obtidos podem colaborar para o diagnóstico de depressão, destacam por outro lado, a necessidade de mais estudos para melhorar a precisão dos indicadores para diagnóstico da depressão. Finalmente, os autores destacam que a utilidade do Pfister está na contribuição dada para a compreensão dos

aspectos dinâmicos idiográficos de cada paciente que, associados a outros dados, podem ampliar a compreensão que se tem sobre o indivíduo.

Temos que considerar que no estudo descrito, os pacientes com diagnóstico de depressão tomaram medicamentos e os resultados talvez, possa ser diferente do encontrado, pois a medicação pode ter interferido e modificado as respostas.

As pesquisas mais recentes têm sido realizadas com população adulta, Cardoso (2006), em sua dissertação de mestrado, trabalhou deficientes auditivos em uma população infantil buscando evidências de validade do Teste de Pfister e Desenho da Figura Humana. A amostra foi composta de 37 crianças ouvintes e 81 crianças surdas, de ambos os sexos, com idade entre 6 a 12 anos, de pré a sexta série. As crianças surdas foram divididas em três grupos mais o grupo controle foram pareados quanto ao gênero, idade, escolaridade e nível socioeconômico. Todas as crianças executaram o Teste de Pfister e o Desenho da Figura Humana (DFH). Quando comparados os grupos de surdos no Pfister, obteve-se diferenças estatísticas significativas quanto ao aspecto formal e também vários indicadores do teste de Pfister e do DFH apresentaram correlação entre si.

Considerando que o teste das Pirâmides Coloridas de Pfister tem estudos recentes publicados por Villemor-Amaral (2005) apresentando tipos de validade em relação às cores e ao aspecto formal para uma população acima de 18 anos e alguns trabalhos com população infantil, torna-se relevante encontrar outras evidências de validade numa amostra para adolescentes.

Diante dessas questões apresentadas e da importância em identificar sintomas depressivos precocemente para que esse transtorno não traga prejuízos maiores numa etapa posterior da vida, é fundamental a realização de uma correta avaliação psicológica. Para

que a avaliação ocorra de forma mais confiável é necessário instrumentos confiáveis que sejam relevantes para a realização do psicodiagnóstico e para uma melhor compreensão dos sintomas.

Portanto, essa pesquisa é decorrente da necessidade de buscar outras correlações entre os instrumentos, investigando mais indicadores de sintomas depressivos no teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) para uma população adolescente. O TPC, além das qualidades já mencionadas anteriormente, é um instrumento de avaliação psicológica que tem boa utilização nos ambientes clínicos e de pesquisa. Para tal, o Inventário Beck de Depressão foi utilizado como comparativo na busca de mais evidências de validade no TPC.

4. Método

Participantes:

Participaram deste estudo 289 adolescentes, com idade entre 14 e 19 anos, cursando 1º, 2º e 3º ano do ensino médio, de ambos os sexos pertencentes a escolas públicas e particulares, com nível socioeconômico diverso, de uma cidade do interior de São Paulo, sendo que da pública participaram alunos do período diurno e noturno e na escola particular apenas do diurno. A tabela 1 apresenta os dados de caracterização da amostra dos 50 adolescentes que responderam, tanto ao questionário sociodemográfico e o Inventário Beck de Depressão (BDI), como ao Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC), no que diz respeito à idade, sexo, escolaridade e instituição.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da amostra.

Sexo	Idade	Escolaridade	Instituição
M	17	3º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	15	2º ano	Pública
M	16	2º ano	Particular
M	16	2º ano	Particular
F	15	1º ano	Particular
F	15	1º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	15	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
M	17	3º ano	Pública
M	17	3º ano	Pública
M	17	3º ano	Pública
M	17	3º ano	Pública
M	17	1º ano	Pública
M	15	1º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
F	16	2º ano	Pública
F	16	1º ano	Pública
F	16	1º ano	Pública
F	17	2º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	17	3º ano	Pública
F	15	1º ano	Particular
F	15	2º ano	Particular
M	14	1º ano	Particular
M	15	2º ano	Particular
M	16	2º ano	Particular
M	15	2º ano	Particular
F	16	1º ano	Particular
F	14	1º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	16	2º ano	Particular
F	15	1º ano	Particular
F	15	1º ano	Particular

Material:**Questionário Sociodemográfico**

Questionário Sociodemográfico (Anexo I) foi preenchido por todos os adolescentes participantes. Solicitou-se a cada sujeito que respondesse ao questionário antes da aplicação do Inventário Beck de Depressão. O questionário foi organizado em duas partes, uma parte esclarecendo dados da família e a outra parte, dados do adolescente. Foram solicitadas algumas informações sobre a família, se tem ou se tiveram algum transtorno mental mais especificamente depressão, se tomam medicação ou não, se os pais são vivos ou não, se os pais moram juntos ou se estão separados, nível de escolaridade e nível socioeconômico. Os dados do adolescente foram sobre sua escolaridade, se haviam repetido alguma série incluindo o ensino fundamental, se tem ou tiveram sintomas depressivos, tomaram ou tomam alguma medicação principalmente antidepressiva, se moram com os pais, se faziam uso de alguma droga.

Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) – (Villemor-Amaral, 2005).

Este material é composto por um jogo de três cartelas contendo o esquema de uma pirâmide formando 15 espaços, com um conjunto de quadrículos coloridos composto por 10 cores, azul, verde, vermelho, violeta, amarelo, laranja, marrom, preto, branco e cinza subdivididas em 24 tonalidades, contendo no mínimo 45 unidades de cada tom e a mesma quantidade para todos os tons; folha de protocolo; mostruário de cores (Villemor-Amaral,

2005). As instruções foram fornecidas de forma padronizada, tanto para a primeira pirâmide, como para a segunda e terceira pirâmides a orientação foi a seguinte:

“Aqui temos uma grande quantidade de papezinhos com cores e tonalidades diversas (nesse momento abrir a caixa contendo os quadrículos e despejá-los sobre a mesa, misturando levemente) e o esquema de pirâmide (mostrar apenas o primeiro cartão). Cobrindo-se os espaços da pirâmide, obtém-se uma pirâmide colorida. Você deve fazer sua pirâmide usando as cores que quiser, pode trocar ou substituir à vontade, até que a pirâmide fique a seu gosto, fique bonita para você. Alguma dúvida? Então pode começar”.

Inventário Beck de Depressão – (Cunha, 2001) BDI (*Beck Depression Inventory*).

BDI é uma sigla pelo qual é universalmente conhecido este instrumento, utilizado para medida da intensidade da depressão. As Escalas Beck são constituídas de quatro medidas escalares e entre elas o Inventário de Depressão.

O BDI foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão para uso com pacientes psiquiátricos passando a ser utilizada amplamente tanto na área clínica como na de pesquisa e mostrou-se um instrumento útil também para a população em geral, conforme informações do manual original de autoria de Beck e Steer, em 1993. É uma escala de auto-relato que consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escalas de 0 a 3. O tempo de aplicação é de 5 a 10 minutos para quando é auto-administrado e de 15 minutos quando a administração é oral. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade da depressão. Os

níveis de escores do BDI, para pacientes psiquiátricos, quando empregada à versão em português, nível mínimo de 0 a 11; nível leve de 12 a 19; nível moderado de 20 a 35; nível grave de 36 a 63.

Procedimento

Após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética do Programa de Estudos-Pós Graduados em psicologia da Universidade São Francisco (Anexo I), foram realizados contatos com as instituições de ensino para exposição do projeto, para verificação da disponibilidade das mesmas em participar da pesquisa, obtenção da autorização necessária e o agendamento das aplicações. As instituições assinaram um termo de consentimento (Anexo II) esclarecendo o motivo dessa pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) foi assinado pelos pais ou responsáveis dos adolescentes. A concordância dos adolescentes em participar da pesquisa foi considerada.

Responderam ao questionário socioeconômico e ao Inventário Beck de Depressão 289 adolescentes de escolas públicas e particulares, com idade entre 14 a 19 anos, cursando o ensino médio, de ambos os sexos. As instituições disponibilizaram as salas de aula para a aplicação do questionário sociodemográfico em seguida foi realizada a aplicação do Inventário de Depressão Beck de forma coletiva em todos os participantes da amostra de alunos do 1º, 2º e 3º ano do ensino médio tanto na escola particular como na escola pública.

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister foi aplicado individualmente a partir dos resultados obtidos, definidos pela escala de intensidade do Inventário de Depressão de Beck. Os adolescentes foram distribuídos inicialmente em quatro grupos, conforme a escala de intensidade de Inventário, sendo o grupo 1 sujeitos que obtiveram pontuação de 0 a 11

(nível mínimo), caracterizado como o grupo sem sintomas depressivos. Os grupos 2, 3 e 4 serão considerados grupos com sintomas depressivos, grupo 2 sujeitos com pontuação de 12 a 19 (nível leve) serão, portanto, considerados com sintomas depressivos (nível leve), grupo 3 sujeitos com pontuação de 20 a 35 (nível moderado) e o grupo 4 sujeitos com pontuação de 36 a 63 (nível grave).

O grupo 1 (nível mínimo) considerado sem sintomas depressivos e os grupos 2 e 3 (nível leve e moderado respectivamente) foram compostos de 15 adolescentes, pois, foi essa a quantidade de sujeitos encontrados nos grupos 2 e 3, exceto o grupo 4 (nível grave) que foi encontrado apenas 5 sujeitos. Os 15 adolescentes do grupo foram escolhidos aleatoriamente. Posteriormente, os grupos foram agrupados em apenas dois, sendo o grupo 1 formado por indivíduos que não apresentam sintomas de depressivos e o grupo 2 de indivíduos (composto pelos adolescentes que pertencem ao grupo 2, 3 e 4) que apresentam sintomas depressivos.

Para que a análise dos resultados pudesse ser desenvolvida com maior confiabilidade, todos os instrumentos foram avaliados pela autora. Exner (1999) afirma que é adequado desenvolver uma análise do grau de acordo das avaliações entre os profissionais. Para tanto, foram contatadas duas psicólogas com experiência comprovada na técnica em questão para uma reavaliação dos resultados.

5. Resultados e Discussão

A seguir estão os resultados encontrados com a aplicação dos instrumentos de pesquisa, o Inventário Beck de Depressão e o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Esse capítulo tem início com a estatística descritivas do Inventário Beck seguida do Teste de Pfister. Tanto o BDI quanto o TPC são relacionados com critérios como idade, sexo e instituição e também relacionados entre si.

Com o objetivo de caracterizar os 50 participantes da pesquisa que responderam os instrumentos foram comparadas às frequências do grupo 1 considerado sem sintomas depressivos e a frequência do grupo 2 considerado com sintomas depressivos. A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequência do BDI conforme a pontuação do grupo 1 e grupo 2.

Tabela 2. Frequência do grupo sem sintomas de depressão e do grupo com sintomas de depressão no BDI..

Grupos	Frequência	Porcentagem
1 – Sem Sintomas de Depressão	15	30%
2 – Com Sintomas de Depressão	35	70%
Total	50	100%

A distribuição de frequência do grupo 1 é composta por 30% dos participantes e pontuação do grupo 2 é de 70% dos participantes.

A tabela 3 apresenta as médias e desvios padrões de cores do Pfister, considerando suas 10 cores.

Tabela 3. Distribuição de cores do Pfister.

		Az	Vm	Vd	Vi	La	Am	Ma	Pr	Br	Ci
Sem	Média	7,64	8,57	8,00	6,07	3,29	3,71	0,64	2,36	3,93	0,79
Sintomas	Desvio-padrão	2,98	2,85	2,94	3,38	1,86	2,02	0,74	2,53	2,87	0,89
Depressivos	Mínimo	3	4	4	2	0	0	0	0	0	0
	Máximo	13	14	14	15	6	8	2	7	9	3
Com	Média	7,21	7,32	8,06	5,41	3,26	2,94	1,26	3,79	3,79	1,94
Sintomas	Desvio-padrão	3,98	3,09	4,94	3,65	2,02	2,24	1,54	4,13	3,08	1,74
Depressivos	Mínimo	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	20	18	22	15	8	12	6	21	13	7

Conforme a Tabela 3, observa-se a pontuação média e o desvio padrão para cada uma das cores nos grupos 1e 2, sem sintomas depressivos e com sintomas depressivos respectivamente. Observando o grupo 2 podemos perceber que o desvio padrão para cada uma das cores é grande mesmo não sendo estatisticamente significativo, demonstrando a importância de se realizar análises individuais.

Correlação entre o TPC e o sexo

A fim de verificar se havia diferença entre as frequências de cores do TPC e o sexo foi realizado o teste-*t* de *Student*. Os resultados estão apontados na tabela 4.

Tabela 4. Teste-*t* para cores entre sexos.

	Sexo	Média	Desvio-padrão	T	<i>P</i>
Az	Masculino	7,31	2,90	-0,13	0,899
	Feminino	7,46	3,92		
Vm	Masculino	6,69	2,98	-1,25	0,217
	Feminino	7,92	3,06		
Vd	Masculino	7,85	4,72	-0,05	0,960
	Feminino	7,92	4,41		
Vi	Masculino	3,54	4,05	-2,75	0,008
	Feminino	6,57	3,18		
La	Masculino	3,62	2,22	0,88	0,382
	Feminino	3,05	1,88		
Am	Masculino	3,46	1,94	0,33	0,744
	Feminino	3,22	2,43		
Ma	Masculino	1,23	1,74	0,58	0,565
	Feminino	0,97	1,24		
Pr	Masculino	4,69	2,69	1,45	0,152
	Feminino	2,97	3,94		
Br	Masculino	5,15	3,95	1,62	0,127
	Feminino	3,27	2,39		
Ci	Masculino	1,46	1,39	-0,36	0,724
	Feminino	1,65	1,70		

Pode ser observado na Tabela 4 que os resultados do teste-*t de student* para a frequência de cores entre sexo, apresenta diferença na frequência apenas para cor Vi, as meninas utilizam mais essa cor do que os meninos.

Conforme Villemor Amaral (1978), o violeta está ligado à tensão e ansiedade, sendo composta por cores antagônicas, azul e vermelho, onde parte do vermelho como cor excitada e parte do valor azul, como cor introversão e de retenção. O violeta parece ter relação “com ansiedade difusa, vaga e flutuante, derivada basicamente do temor de sentir-

se desamparado, indefeso (insegurança) ante um mundo hostil e persecutório.” (Villemor Amaral, 1978, p. 99).

Há uma incidência do violeta nas tabelas infantis e de adolescentes quando comparadas as de adulto. A partir dos 20 anos, os níveis percentuais começam a decair, apontando-se a coincidência com um período que é se espera mais estabilidade emocional conforme Villemor Amaral (1978). É importante considerar que a frequência aumentada do violeta pode ser significativa no período da adolescência, por ser um período permeado de conflitos e inseguranças, o que caracteriza bem essa fase. Conforme Aberastury e Knobel (1981), a adolescência é um período de confusão, ambivalente caracterizado por atritos com a família e com o meio ambiente. Villemor- Amaral, Primi, Farah, Silva, Cardoso, Franco (2004) citam que em Villemor Amaral (1978), os indivíduos que usam a cor violeta expressam desejo de alcançar algo que de algum modo pareça inacessível. Acrescentam os autores que em Lima (1999) é comentada a existência de ansiedade geralmente associada à depressão.

Villemor Amaral (1978) cita que na edição de 1966 o grupo feminino em comparação ao masculino mostrou uma utilização mais expressiva da cor, próximo inclusive das porcentagens da tabelas alemãs. Entretanto, não se repetiu esse aumento nas tabelas atuais nos quadros femininos conforme aponta Villemor Amaral em 1978.

A fim de verificar se haviam diferenças de média entre as cores do Pfister e o tipo de instituição pública e privada foi realizado o teste-*t de student*. Os resultados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Teste-t para cores entre categorias administrativas

	Categoria administrativa	Média	Desvio-padrão	T	P
Az	Pública	6,71	3,35	-1,56	0,125
	Privada	8,32	3,90		
Vm	Pública	7,79	3,24	0,48	0,633
	Privada	7,36	2,87		
Vd	Pública	8,32	4,98	0,75	0,455
	Privada	7,36	3,68		
Vi	Pública	5,75	3,58	-0,07	0,948
	Privada	5,82	3,80		
La	Pública	2,71	1,80	-2,03	0,048
	Privada	3,82	2,04		
Am	Pública	2,96	1,93	-1,10	0,277
	Privada	3,68	2,68		
Ma	Pública	1,36	1,62	1,90	0,064
	Privada	0,64	0,85		
Pr	Pública	4,32	4,15	2,00	0,052
	Privada	2,27	2,75		
Br	Pública	3,11	2,91	-1,80	0,077
	Privada	4,59	2,86		
Ci	Pública	1,96	1,75	1,84	0,072
	Privada	1,14	1,32		

Na tabela 5, considerando as instituições, tanto a públicas como a particular, observa-se que a cor La tem uma frequência maior na instituição particular e uma frequência significativa na cor Pr e Ma maior na instituição pública.

O laranja é uma cor intermediária entre o amarelo e o vermelho. Conforme Villemor Amaral (1978), o valor significativo que se costuma atribuir ao laranja é ambição e anseios de produção. Características de instabilidade e inquietação são comuns entre indivíduos que utilizam muito a cor laranja, sendo também esperado que tais pessoas encontrem dificuldades em acomodar-se ao meio.

Durante o processo da adolescência, conforme Grossman (1998), os jovens passam por instabilidades emocionais, turbulências e contestações e dificuldades de relacionar-se especialmente com a família e com o meio.

Por meio do questionário sociodemográfico foi possível observar que os adolescentes da escola particular apresentam melhores condições econômicas, são providos pelas suas respectivas famílias, enquanto que os adolescentes das escolas públicas, cuja renda mensal é inferior a dos adolescentes da instituição particular, trabalham para seu sustento mesmo quando residem com seus pais. Podemos, portanto, considerar que os adolescentes pertencentes às classes sociais mais favorecidas, com melhores condições socioeconômicas, saibam se valorizar mais pela própria produtividade, anseios e ambições, pois, tem a possibilidade de planejar melhor seu futuro social e profissional.

As cores, preta e marrom, tiveram aumento significativo nas instituições públicas quando comparada as particulares. A cor preta significa antes de tudo repressão ou inibição. O aumento do marrom pode caracterizar uma tendência a aparentar independência e

determinação, quando na verdade é uma atitude reativa a necessidade de amparo e proteção (Villemor-Amaral, 2005).

Os adolescentes das instituições públicas que apresentam uma condição menos favorecida em que muitos deles são responsáveis pela sua subsistência há possibilidade de apresentarem mais inibição, passividade e inibição, isto é, a adversidade pode gerar esses sentimentos.

Foi realizado teste- *t de student* para verificar se há diferença nos grupo sem sintomas e do grupo com sintomas em relação às cores do Pfister. Na tabela 6 podem ser observados os resultados.

Tabela 6. Teste-t para cores de acordo com BDI

	BDI	Média	Desvio-padrão	T	P
Az	Sem sintomas deprimidos	7,67	2,87	0,31	0,758
	Com sintomas Deprimidos	7,31	3,98		
Vm	Sem sintomas deprimidos	8,53	2,75	1,43	0,160
	Com sintomas Deprimidos	7,20	3,13		
Vd	Sem sintomas deprimidos	8,00	2,83	0,10	0,918
	Com sintomas Deprimidos	7,86	5,01		
Vi	Sem sintomas deprimidos	6,13	3,27	0,45	0,658
	Com sintomas Deprimidos	5,63	3,82		
La	Sem sintomas deprimidos	3,27	1,79	0,16	0,877
	Com sintomas Deprimidos	3,17	2,06		
Am	Sem sintomas deprimidos	3,67	1,95	0,78	0,441
	Com sintomas Deprimidos	3,11	2,43		
Ma	Sem sintomas deprimidos	0,60	0,74	-1,95	0,057
	Com sintomas Deprimidos	1,23	1,54		
Pr	Sem sintomas deprimidos	2,40	2,44	-1,28	0,206
	Com sintomas Deprimidos	3,86	4,09		
Br	Sem sintomas deprimidos	3,80	2,81	0,06	0,951
	Com sintomas Deprimidos	3,74	3,05		
Ci	Sem sintomas deprimidos	0,93	1,03	-1,96	0,055
	Com sintomas Deprimidos	1,89	1,75		

Na tabela 6 pode ser observado que a diferença do grupo sem sintomas de depressão e com sintomas de depressão em relação às cores foi significativa na cor cinza (Ci) e marrom (Ma).

O valor significado do cinza (Ci) é de carência afetiva, sentimento de vazio, ansiedade insegurança, rejeição e repressão dos afetos. O indivíduo que tiver um aumento nessa cor é possível que apresente timidez e restrição nos contatos emocionais, retraimento defensivo, ou seja, como uma defesa pelo temor de suas necessidades afetivas não serem satisfeitas. Tendem a criar problemas de relacionamento, procuram ocultar suas dificuldades confundindo a si próprio e todos que o cercam. Criam conflitos e são opositores em suas relações (Villemor-Amaral, 2005).

O adolescente experimenta um vazio interior, sofrimento e tristeza como parte de seu luto quando renúncia a seu pais edípicos. Conforme Capitão (2004), todos esses sentimentos e os desequilíbrios na vida emocional podem desencadear no adolescente alguns sintomas depressivos.

Quanto ao marrom, Villemor Amaral (1978) diz que a incidência é maior em crianças e adolescente. De modo geral, essa cor está ligada às esferas mais instintivas e mais profundas da personalidade.

Para cada pirâmide, foi realizado teste de qui-quadrado para verificar se havia diferença entre o grupo sem sintomas de depressão e dos com sintomas de depressão em relação à frequência dos tipos de aspecto formal.

Tabela 7. Distribuição de freqüências de aspecto formal na pirâmide 1

	Não-deprimido	Deprimido	Total
Tapete puro	2 (13,33%)	2 (5,71%)	4 (8%)
Tapete desequilibrado	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0%)
Tapete furado/rasgado	11 (73,33%)	20 (57,14%)	31 (62%)
Tapete com início de ordem	0 (0,00%)	2 (5,71%)	2 (4%)
Formação em camadas monotonais	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0%)
Formação em camadas multicromáticas	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Formação simétrica	2 (13,33%)	6 (17,14%)	8 (16%)
Estrutura simétrica	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Estrutura em escada	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0%)
Estrutura em manto	0 (0,00%)	2 (5,71%)	2 (4%)
Estrutura assimétrica dinâmica	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Corte/mutilação	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0%)
Total	15 (100,00%)	35 (100,00%)	50 (100%)

Na tabela 7 o valor do qui-quadrado foi $\chi^2=4,30$ ($p=0,745$), não houve diferença na distribuição dos aspectos formais. Na distribuição do aspecto formal na pirâmide 1, pode ser observado o elevado número de tapetes furados ou rasgados com uma porcentagem de 62% em toda a amostra de adolescentes.

Tabela 8. Distribuição de freqüências de aspecto formal na pirâmide 2

	Não-deprimido	Deprimido	Total
Tapete puro	4 (26,67%)	3 (8,57%)	7 (14%)
Tapete desequilibrado	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Tapete furado/rasgado	6 (40,00%)	17 (48,57%)	23 (46%)
Tapete com início de ordem	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Formação em camadas monotonais	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Formação em camadas multicromáticas	0 (0,00%)	2 (5,71%)	2 (4%)
Formação simétrica	3 (20,00%)	5 (14,29%)	8 (16%)
Estrutura simétrica	2 (13,33%)	1 (2,86%)	3 (6%)
Estrutura em escada	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Estrutura em manto	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Estrutura assimétrica dinâmica	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Corte/mutilação	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Total	15 (100,00%)	35 (100,00%)	50 (100%)

Na tabela 8 o valor do qui-quadrado foi $\chi^2=8,616$ ($p=0,657$), não houve diferença significativa na distribuição dos aspectos formais. A porcentagem de tapetes furados na pirâmide 2 diminui em relação à primeira pirâmide, mas, podendo ser observado um aumento desse aspecto formal em relação aos outros com uma porcentagem de 46%.

Tabela 9. Distribuição de freqüências de aspecto formal na pirâmide 3

	Não-deprimido	Deprimido	Total
Tapete puro	2 (13,33%)	7 (20,00%)	9 (18%)
Tapete desequilibrado	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Tapete furado/rasgado	5 (33,33%)	12 (34,29%)	17 (34%)
Tapete com início de ordem	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Formação em camadas monotonais	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Formação em camadas multicromáticas	2 (13,33%)	3 (8,57%)	5 (10%)
Formação simétrica	5 (33,33%)	2 (5,71%)	7 (14%)
Formação alternada	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Estrutura simétrica	0 (0,00%)	4 (11,43%)	4 (8%)
Estrutura em manto	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2%)
Estrutura assimétrica dinâmica	0 (0,00%)	2 (5,71%)	2 (4%)
Corte/mutilação	1 (6,67%)	0 (0,00%)	1 (2%)
Total	15 (100,00%)	35 (100,00%)	50 (100%)

Na tabela 9 o valor do qui-quadrado foi $\chi^2=13,269$ ($p=0,276$), não houve diferença na distribuição dos aspectos formais.

A porcentagem dos tapetes furados ou rasgados na pirâmide 3 é de 34%, ainda é a maior porcentagem em relação a outras formações, mas, pode-se perceber diminuição da freqüência de tapetes furados/rasgados em relação e as pirâmides 1 e 2. As porcentagens de tapete furado/rasgado são maiores na primeira pirâmide e vão diminuindo gradativamente da segunda para a terceira. O que pode caracterizar que os adolescentes se desorganizam diante de uma tarefa pouco estruturada e vêm aos poucos reorganizando seu pensamento, podendo demonstrar uma melhor organização do ego.

Conforme Villemor Amaral (1978), o que caracteriza essa produção, tapete furado/rasgado é o uso do branco em uma única área do esquema ou em pequenos grupos, junto ou espalhado, dando a impressão de furos ou rasgos. A presença do branco nas pirâmides, mesmo que uma única vez significa perturbações decorrentes de dissociações do curso do pensamento ou personalidade desagregada. Conforme Aberastury e cols, (1983), no período da adolescência os sentimentos de isolamento e preocupações relativas podem resultar em atitudes de desafio e até perturbações mentais.

O corte ou mutilação também se caracteriza com o uso do branco ou tons esbranquiçados, nesse caso, em uma única camada, ou no topo da pirâmide, a qual fica como decepada, podendo ser encontrados em indivíduos com prováveis alterações de pensamento e fragilidade estrutural. (Villemor Amaral, 1978).

Podemos observar que tanto nos tapetes furados/rasgados, como no corte ou mutilação, o branco é a característica mais importante, demonstrando um significado muito próximo nos dois tipos de formação. No estudo realizado por Villemor- Amaral, Primi, Farah, Silva, Cardoso e Franco (2004), para verificar o desempenho de pacientes com depressão no teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, as formações cortadas (corte/mutilação) aparecem como uma das variáveis que poderiam contribuir para o diagnóstico da depressão.

Villemor-Amaral e cols. (2004) apontam que tanto Villemor Amaral (1978), como Exner (1993) observaram um aumento das dificuldades de relacionamento e enfrentamento de situações sociais em pacientes com queixas de sintomas de depressão. O primeiro pesquisando as formações por meio do TPC e o segundo com a Técnica de Rorschach.

Não foram encontradas diferenças significativas no aspecto formal entre o grupo sem sintomas de depressão e o grupo com sintomas de depressão.

Na tabela 10 há uma diferença significativa entre os grupos como a soma das cores escuras (Az4, Vm4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci) pode ser observada como significativa entre o grupo de não-deprimidos e deprimidos.

Tabela 10. Teste-t para cores escores de acordo com BDI

	BDI	Média	Desvio-padrão	T	P
Cores escuras	Sem Sintomas de depressão	7,93	3,17	-2,47	0,017
	Com sintomas de Depressão	11,71	5,54		

Conforme a tabela 10 os adolescentes do grupo 2, com sintomas de depressão, apresentam uma incidência significativamente aumentada das cores escuras em relação ao grupo 1, sem sintomas de depressão.

A síndrome enegrecida (Vd4, Vm4, Vi3, Ma2 e Pr) representa afetividade reprimida ou mesmo depressiva, indicando opressão e depressão, “encontrada em personalidades do tipo maníaco-depressivo ou nos casos de depressão ansiosa, sobretudo quando o cinza se faz representar” (Villemor Amaral, 1978, p.129). As cores escuras consideradas nesse estudo (Az4, Vm4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci) incluem todas as cores da síndrome enegrecida e especialmente o cinza citado por Villemor Amaral como uma cor significativa nos casos de depressão.

Na busca por um escore no Inventário Beck de Depressão que pudesse diferenciar as pessoas sem sintomas depressivos daquelas com sintomas depressivos, realizou-se um gráfico de curva ROC (*receiver operating characteristic*), a fim de verificar se seria possível haver uma nota de corte para a cor cinza (Ci), marrom e as cores escuras (Az4, Vm4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci) que distinguísse o grupo 1, de indivíduos sem sintomas de depressão e do grupo 2, de indivíduos com sintomas de depressão.

Os eixos verticais do gráfico de curva ROC indicam a probabilidade de se diagnosticar corretamente indivíduos com sintomas depressivos pacientes, isto é, a sensibilidade, portanto a probabilidade de identificar verdadeiros positivos. A especificidade é indicada pelo eixo horizontal que indicam o inverso, isto é, a probabilidade de que pessoas sem sintomas de depressão também sejam classificadas erroneamente, com sintomas depressivos, conforme o quadro diagnóstico que está sendo considerado.

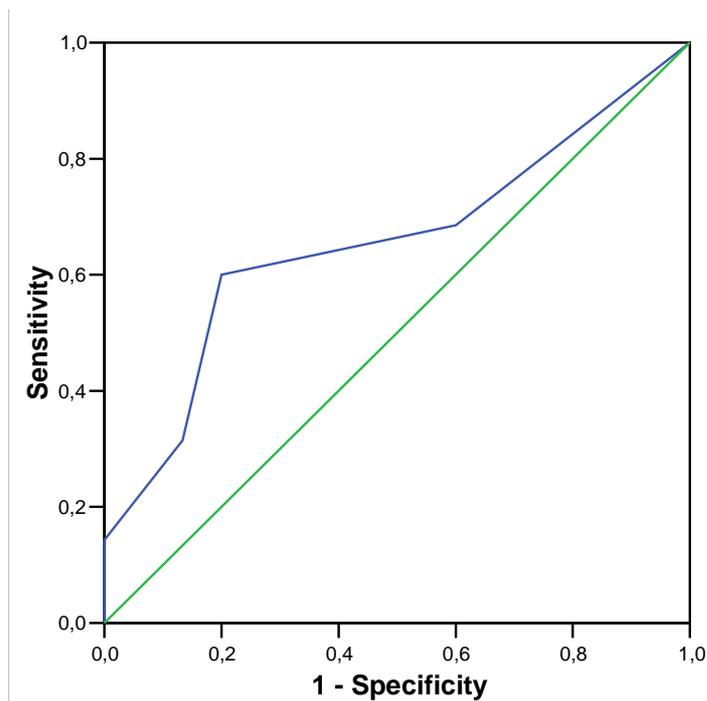


Figura 1. Curva ROC para cor cinza (Ci)

A área abaixo da curva foi de 0,655.

A Tabela 11 apresenta as coordenadas da curva ROC para a cor cinza

Tabela 11. Coordenadas da curva ROC para cor cinza

Positivo se igual ou maior a	Sensibilidade	1 – Especificidade
-1,00	1,00	1,00
0,50	0,69	0,60
1,50	0,60	0,20
2,50	0,31	0,13
3,50	0,14	0,00
4,50	0,09	0,00
6,00	0,03	0,00
8,00	0,00	0,00

Tomando como nota de corte o valor 1,50, tem-se como critério que pessoas que apresentaram até uma cor cinza não seria classificada como deprimida pelo BDI, ao passo que pessoas com dois ou mais cores cinza seriam classificadas como deprimidas. De acordo com esse critério, seria possível identificar 60% de pessoas deprimidas. Porém, também seriam identificadas como deprimidas 20% das pessoas que não apresentam sintomas de depressão de acordo com os sintomas descritos pelo BDI.

Foi realizada curva ROC a fim de verificar se seria possível haver uma nota de corte para a cor marrom (Ma) que diferenciasse os deprimidos dos não-deprimidos.

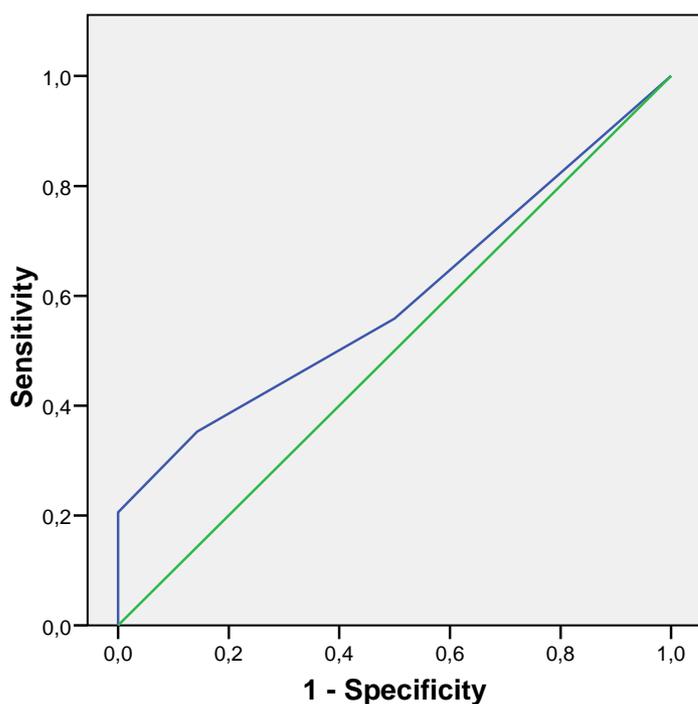


Figura 2. Curva ROC para cor marrom (Ma)

A área abaixo da curva foi de 0,592.

A Tabela 12 apresenta as coordenadas da curva ROC para a cor marrom

Tabela 12. Coordenadas da curva ROC para cor marrom

Positivo se igual ou maior a	Sensibilidade	1 – Especificidade
-1,00	1,00	1,00
0,50	0,56	0,50
1,50	0,35	0,14
2,50	0,21	0,00
4,00	0,06	0,00
5,50	0,03	0,00
7,00	0,00	0,00

Para a cor marrom, considerando a melhor nota de corte 1,50, tem-se como critério que pessoas que apresentaram até uma cor marrom, não seria classificada com sintomas depressivos pelo Inventário Beck de Depressão. Levando em consideração esse critério, seria possível identificar 35% de pessoas com sintomas de depressão. Entretanto, de acordo com o BDI, seriam também identificados com sintomas depressivos 14% de pessoas que não apresentam sintomas depressivos.

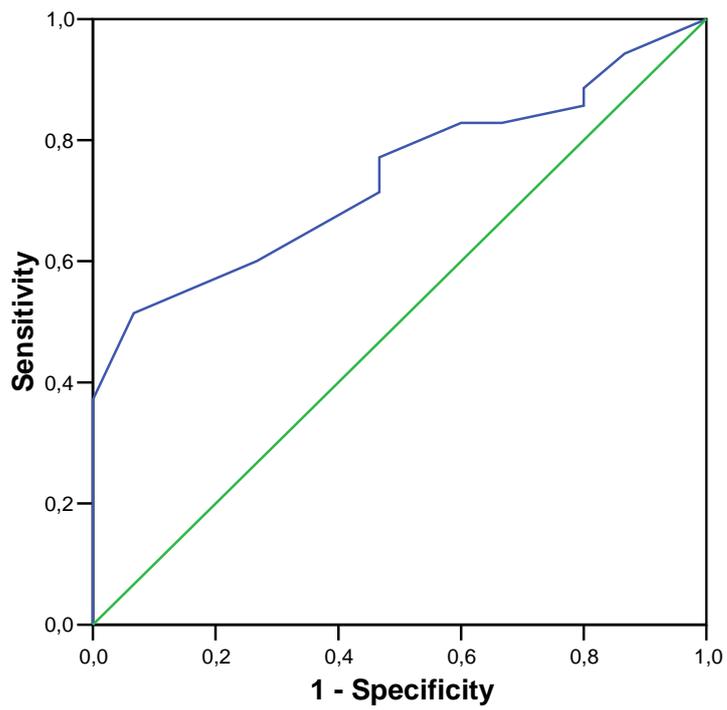


Figura 3. Curva ROC para cores escuras.

A área abaixo da curva foi 0,737.

Tabela 13. Coordenadas da curva ROC para cores escuras

Positivo se igual ou maior a	Sensibilidade	1 – Especificidade
1	1,00	1,00
2,5	0,97	0,93
3,5	0,94	0,87
4,5	0,89	0,80
5,5	0,86	0,80
6,5	0,83	0,67
7,5	0,83	0,60
8,5	0,77	0,47
9,5	0,71	0,47
10,5	0,60	0,27
11,5	0,51	0,07
12,5	0,37	0,00
13,5	0,29	0,00
14,5	0,20	0,00
15,5	0,14	0,00
17	0,11	0,00
20	0,09	0,00
23	0,06	0,00
26	0,03	0,00
29	0,00	0,00

Para as cores escuras levando-se em conta os dados encontrados, pode-se sugerir uma nota de corte 11,5. Tendo como critério que adolescentes que apresentarem até 11 cores escuras não seriam identificadas com sintomas depressivos pelo BDI. Com esse escore estaríamos identificando 51% de sujeitos verdadeiros positivos e 7% de falsos positivos, ou seja, estaríamos apenas identificando com sintomas depressivos 7% de adolescentes sem sintomas depressivos de acordo com os sintomas descritos no BDI. Pode-se também decidir pela nota de corte 10,5, e então teríamos 60% de sujeitos que apresentam sintomas depressivos, porém 27% de falsos positivos.

Considerando as coordenadas da curva ROC para as cores cinza e marrom separadamente podemos observar que os valores são mais baixos em comparação as cores escuras (Az4, Vm4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci), a qual o cinza e o marrom estão incluídos. Os

valores sugerem que seja utilizada a curva ROC relativa às cores escuras ao invés de utilizar uma só cor, como no caso do marrom e do cinza que foram utilizadas separadamente.

6 - Considerações Finais

A adolescência é uma etapa difícil e dolorosa que implica em transformações psicológicas que envolvem processos de luto que estão relacionados a perdas reais e incertezas quanto ao futuro gerando ansiedade e medo. Os sentimentos que o adolescente chega a experimentar como, sofrimento, tristeza, ansiedade e vazio interior somado a percepção de desequilíbrios na vida emocional podem desencadear, nos jovens, sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos manifestam-se com uma frequência três vezes maior na população adolescente e jovem quando comparada com a população infantil ou adulta.

Portanto, a depressão na adolescência tem sido motivo de preocupação de muitos pesquisadores, considerando o elevado risco no surgimento de sintomas depressivos nessa fase e de suas conseqüências na vida adulta.

Levando-se em consideração a possibilidade de um diagnóstico precoce e os benefícios que traria para os adolescentes na sua vida futura, essa pesquisa teve o objetivo de buscar evidências de validade para o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC), para indicadores de sintomas de depressão relacionado-o com o Inventario Beck de Depressão (BDI) para uma população de adolescentes do ensino médio de 14 a 19 anos.

Para atingir o objetivo proposto, 289 adolescentes participaram da pesquisa respondendo ao Questionário Sociodemográfico e ao BDI. A amostra de adolescentes foi inicialmente distribuída em quatro grupos de acordo a escala de intensidade do BDI, nível mínimo, nível leve, nível moderado e nível grave. Posteriormente foram definidos dois grupos, o grupo 1, de adolescentes sem sintomas depressivos (nível mínimo) e o grupo 2,

de adolescentes com sintomas depressivos (nível leve, moderado e grave) pelo fato do TPC não possuir escalas de intensidade.

O grupo 2 apresentou diferenças significativas do grupo 1 quando relacionado com indicadores do Pfister. A variável denominada cores escuras (Az4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci) apresentou diferença significativa entre os grupos 1 e 2 quando relacionados com o BDI. As cores cinza e marrom, conforme foi verificada nas análises, também mostraram ser bons indicadores de sintomas depressivos no TPC. Entretanto, o conjunto das cores escuras mostrou-se melhor indicador do que as cores analisadas separadamente para essa amostra de adolescentes. Ao se incluir o Az4, mas, principalmente o Ci na síndrome enegrecida, a qual indica afetividade depressiva ou mesmo depressão, amplia-se a possibilidade de indicar o estado depressivo e o seu significado.

É importante destacar, quanto ao aspecto formal, que não houve diferença entre os grupos do BDI. Porém, foi possível observar um aumento dos tapetes rasgados/furados para todos os adolescentes da amostra. A presença do branco por meio dos rasgos ou furos aponta perturbações decorrentes de dissociações do curso do pensamento, o qual parece ser um sinal importante, no período da adolescência, de que os sentimentos de isolamento podem resultar em perturbações mentais ou serem resultados destas..

No entanto, apesar dos indicadores parecerem restritos, o TPC revelou alguns indicadores significativos de sintomas de depressão, dos quais os resultados obtidos contribuíram para evidências de validade para a amostra de adolescentes pesquisada. Indicadores como aspecto formal, cores e síndromes cromáticas podem ser mais explorados, visto que, no Pfister no contexto da adolescência, encontram-se poucos estudos com adolescentes. Essa população pode ser alvo de futuras pesquisas resultando em tabelas específicas para adolescentes e estudos normativos.

Os resultados alcançados no Teste de Pfister foram obtidos por meio da abordagem estatística (nomotética). A validade clínica propõe a complementaridade da abordagem de enfoque clínico que leva em conta aspectos dinâmicos e individuais, ou seja, idiográficos e estatísticos, com dados de uma amostra de indivíduos. Nesse sentido é fundamental que, especialmente quando se refere às técnicas projetivas, a abordagem nomotética e idiográfica seja complementar. Correlacionando dados estatísticos com informações singulares, ou seja, de cada indivíduo, será possível buscar uma compreensão mais abrangente dessa população.

7 - Referências

Aberastury, A; & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: Um enfoque Psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aberastury, A; Colaboradores. (1983). *Adolescência*. (4ª ed) Porto Alegre: Artes Médicas.

Ajuriguerra, J. (1983) Manual de psiquiatria infantil. Editora Masson 2ª edição.

Alchieri, J.C.; Noronha, A.P.P.;& Primi, R. (2003).*Guia de Referência: Testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anastasi, A.;& Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. (7ª ed) Porto Alegre: Artes Médicas.

Associação Psiquiátrica Americana, (1983). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-III*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Associação Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-IV – tm*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Campus.

Bahls, S.C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria (Rio. J) v 78 n 5 Porto Alegre*.

Bandeira, D. R.; Trentini, C. M.; Winck, G. E.; Lieberknecht, L. (2006). Considerações sobre as técnicas projetivas no contexto atual. Em A.P.P.Noronha; A. A.A. Santos & F.F. Sisto, *Facetas do saber em avaliação psicologia* (pp.125-139). São Paulo: Vetor.

Bandim, J. M., Sougey, E. B. & Carvalho, T. F. R. (1995). Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *J. Brás. Psiquiatria, 44, 27-32*.

Baptista, M. N. (2004). *Sobre a Depressão*. Em Baptista, M. N. *Suicídio e Depressão - Atualizações* (pp.33-48). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Bee, H. (1997). *O ciclo Vital*. Porto Alegre: Artmed.

Blos, P., (1985). *Adolescência – Uma interpretação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.

Capitão, C.G. (2004). *Visão Psicodinâmica da Depressão e do Suicídio*. Em Baptista, M.N. *Suicídio e Depressão – Atualizações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Capitão, C.G.; Scortegagna, S.A. & Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica, 4(1), 2005*.

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.

Coutinho, M. P. L.; Gontíês, B.; Araújo, L. F. & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: Representação Social entre crianças e idosos. *PsicoUSF*, v 8, n 2, p.183-192 jul/dez.

Cunha, J. A., (2001). *Manual da versão em português das ESCALAS BECK*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

D' andréa, F.F. (1987). *Desenvolvimento da personalidade – Enfoque psicodinâmico*. 8ªed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.21 s.1, 6-11. São Paulo.

Dorsch, Hächer e Stapf. (2001) *Dicionário de Psicologia*. Petrópolis: Editora Vozes.

Doron, R & Parot, F. (1998) *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Editora Ática.

Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro; Zahar Editores.

- Exener, J. E. (1993). *Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. Tradução Laila Yazigi de Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R.E. & Waller, J. L. (1997). Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 458-65.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. Psiq. Clin.* 25(5) Edição Especial, 245-250.
- Grossman, E. (1998). A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana*.-1(2) 68-74. Art. Disponível na Internet: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php> [10 Dezembro 2007].
- Güntert, A.E. V.A.(2000). Técnicas Projetivas: o Geral e o Singular em Avaliação Psicológica. Em Fermino Sisto, Elizabeth Brunini Sbardelini & Ricardo Primi (Orgs) *Contextos e Questões da Avaliação Psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Kaplan, H. I., Saddok, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria-Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- Klein, M. (1963/1975). *O sentimento de Solidão*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda
- Laplanche, J & Pontalis, J.-B. (1970). *Vocabulário da Psicanálise*. Santos: Livraria Martins Fontes, Editora Ltda.

- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levisky, D. L. (2004). Adolescência: Psicanálise e História. Em Graña, R. B., Piva, A. B. S. org. *A atualidade da Psicanálise de Adolescentes: formas do mal-estar na juventude contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lewis, M. & Wolkmar, F. (1993). *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, M. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 01-05.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007) *Adolescente e psicopatologia*. Porto Alegre: Artemed
- Méndez, F. X.; Olivares, J. & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. Em Caballo, V.E. & Simon, M. A. *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente. Transtornos Gerais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Organização mundial da Saúde – OMS (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamentos da CID -10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L., (2001). *Técnicas do Exame Psicológico – TEP: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo/ Conselho Federal de Psicologia.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.

Reppold, C., T. & Hutz, C., S. (2003) Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Aval. psicol.*, dez 2003, vol 2, no 2, p. 175-184.

Soares, K; Almeida-Filho, N.; Coutinho, E.S.F.& Mari, J.J.(1992). Sintomas Depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do “Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica”. *Revista da Psiquiatria Clínica* 26(5).

Smith, G. T.; Fischer, S. & Fister, S. M. (2003). *Incremental Validity Principles in Test Construction. Psychological Assessment*, 15(4), 467-477.

Stoppe, A. & Segal, A. (1998). *Depressão – Atualização Neuropsiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial.

Tanajura, D.; Santos-Jesus, R. Tavares-Neto, J. e cols (2002). Prevalência de depressão em diferentes grupos de pacientes internados no Hospital Universitário da Bahia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, out. vol 24, nº 4, p.182-185.

Tavares, M. (2003). *Validade Clínica* (p.125-136). *Psico-USF*, vol.8(2), jul/dez.

Vane, J. B. & Guarnaccia, V. J. (1989). *Personality theory and personality assessment measures: How helpful to the clinician? Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 5-19.

Van Kolch, O. L.(1975). *Técnicas do Exame Psicológico e suas aplicações no Brasil: Testes de Personalidade*. Petrópolis: Editora Vozes.

Villemor Amaral, F. (1978) *Pirâmides Coloridas de Pfister*. (2ª ed) Rio de Janeiro: Cepa.

- Villemor-Amaral, A.E. (2005) *As pirâmides coloridas da Pfister*. São Paulo: CETEP.
- Villemor-Amaral, A.E., Silva, T. C., Primi, R. (2002). O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister e o transtorno obsessivo compulsivo. *Aval. Psicol.*, nov.,vol.1, no 2, p.133-139.
- 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*. *Aval. Psicol.* Dez, vol 2, n 2, p. 185-188.
- Villemor-Amaral, A.E.; Primi, R.; Farah, F.H.Z.; Silva, S.M.; 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), 169-176.
- Villemor-Amaral, A.E., Pasqualini-Casado, L. (2006) Voltando a pensar sobre a cientificidade dos métodos projetivos.
- Villemor-Amaral, A.E. (2006). Desafios para a cientificidade das técnicas projetivas. Em A.P.P.Noronha; A. A.A. Santos & F.F. Sisto, *Facetas do saber em avaliação psicologia* (pp.125-139). São Paulo: Vetor.
- Wyngaarden, J. B.; Smith Jr, L. H. & Bennett, J. C. (1993). *Cecil – Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

8 - Anexos

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética - Universidade São Francisco

Responsáveis pelo adolescente - 1ª via

Projeto: Evidências de Validade do Teste de Pirâmide de Pfister para Indicadores de Depressão em Adolescentes.

Prezados Diretores,

Estamos realizando uma pesquisa “Evidências de Validade do Teste de Pirâmide de Pfister para indicadores de depressão em adolescentes” com objetivo de buscar evidências de validade e precisão do instrumento para adolescentes. Caso concordem em deixar os adolescentes participarem como voluntários (as) da pesquisa, sob responsabilidade de Silvia Antakly Adib, aluna do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade São Francisco, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, assine o termo de consentimento.

Assinando o termo de consentimento, estou ciente de que:

- O objetivo desse estudo é verificar a sensibilidade de uma técnica de avaliação psicológica para indicadores de depressão em adolescentes. Será utilizando um instrumento de auto-relato sendo que os adolescentes deverão responder este questionário de forma coletiva. Um questionário sociodemográfico será respondido individualmente. Esses dois procedimentos serão realizados no mesmo dia. As aplicações terão duração, em média, de 30 minutos. Um outro dia também a ser agendado, os adolescentes deverão preencher esquemas de pirâmides com quadrados coloridos. Esse procedimento terá 30 minutos em média.
- Quaisquer dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho supracitado, cujos dados poderão ser publicados em periódicos científicos;
- A participação na pesquisa poderá ser interrompida a hora que o responsável ou o sujeito desejarem;
- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo – Silvia Antakly Adib sempre que julgar necessário, pelo telefone (19) 36315240 ou com o Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão (11) 4534-8040;
- Para contatar o Comitê de Ética da Universidade São Francisco, entrar em contato pelo telefone: (11) 40348009 - Falar com Antonio;
- Este termo de consentimento é feito em duas vias sendo que uma delas ficará em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Eu, _____, portador do R.G. _____, residente à Rua _____, n° _____, da cidade de _____, telefone () _____ dou o consentimento livre e esclarecido para autorizar os adolescentes que estudam nessa instituição a participarem _____ como voluntários (as) da pesquisa supra citada.

São João da Boa Vista, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do Responsável

Assinatura da Pesquisadora

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética - Universidade São Francisco

Responsáveis pelo adolescente - 2ª via

Projeto: Evidências de Validade do Teste de Pirâmide de Pfister para Indicadores de Depressão em Adolescentes.

Prezados Pais,

Estamos realizando uma pesquisa “Evidências de Validade do Teste de Pirâmide de Pfister para indicadores de depressão em adolescentes” com objetivo de buscar evidências de validade e precisão do instrumento para adolescentes. Caso concorde em deixar seu filho participar como voluntário (a) da pesquisa, sob responsabilidade de Silvia Antakly Adib, aluna do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade São Francisco, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, assine o termo de consentimento.

Assinando o termo de consentimento, estou ciente de que:

- O objetivo desse estudo é verificar a sensibilidade de uma técnica de avaliação psicológica para indicadores de depressão em adolescentes. Será utilizando um instrumento de auto-relato. Os adolescentes deverão responder este questionário de forma coletiva. Um questionário sociodemográfico será respondido individualmente. Esses dois procedimentos serão realizados no mesmo dia. As aplicações terão duração, em média, de 30 minutos. Um outro dia também a ser confirmado, os adolescentes deverão preencher esquemas de pirâmides com quadrados coloridos. Esse procedimento terá 30 minutos em média.
- Meus dados pessoais assim como do meu filho (a), serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho acima exposto, cujos dados poderão ser publicados em periódicos científicos;
- Os procedimentos aplicados não oferecem riscos a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais;
- A participação na pesquisa poderá ser interrompida a hora que o responsável ou o sujeito desejarem;
- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo – Silvia Antakly Adib sempre que julgar necessário, pelo telefone (19) 36315240 ou com o Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão (11) 4534-8040;
- Para contatar o Comitê de Ética da Universidade São Francisco, entrar em contato pelo telefone: (11) 4534-8023;
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação de meu filho nessa pesquisa;
- Este termo de consentimento é feito em duas vias sendo que uma delas ficará em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Eu, _____, portador do R.G. _____, residente à Rua _____, nº _____, da cidade de _____, telefone () _____ dou o consentimento livre e esclarecido para o meu filho(a) _____ participar como voluntário (a) da pesquisa supra citada.

São João da Boa Vista, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do Responsável

Assinatura da Pesquisadora

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Dados do Adolescente
Nome:
Data de nascimento: / / Idade:
Sexo :
Serie :
Tipo de instituição: particular () pública ()
Período: noturno () diurno ()
Reside com os pais: sim () não ()
Com quem com reside:
Repetiram alguma serie do ensino fundamental: sim() não() Qual ou Quais?
Repetiram alguma série do segundo grau: sim() não() Qual ou Quais?
Tomam alguma medicação: sim () não () Qual?
Dados da família
Nome dos pais:
Procedência da família: zona urbana () zona rural ()
Idade do(a) pais:
Atividade profissional do pais:
Escolaridade dos pais:
Habitação da família: própria (); financiada (); alugada (); mora com outras pessoas ()
Numero de irmãos:
Idade dos irmãos:
Ordem de nascimento do filho:
Renda familiar em salários mínimos:
Até 2 salários mínimos (); de 3 a 5 salários mínimos (); de 6 a 8 salários mínimos (); Acima de 9 salários ()
Religião da família:
Os pais tem problemas com alcoolismo: sim () não () pai () mãe ()
Se os pais tomam medicação: sim () não () Qual :
Morte de um dos pais: sim() não () pai () mãe ()
Pais separados: sim () não ()
Alguém na família com problemas mentais: sim () não () Grau de parentesco:
Alguém da família tem ou teve depressão sim () não () Grau de parentesco:
Alguém da família tem ou teve problemas com uso de drogas: sim () não ()
Grau de parentesco: