

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

THAISA VALESKA DA COSTA SOUSA

O PSICODIAGNÓSTICO COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO
PSICÓLOGO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

NATAL/RN
2014

THAISA VALESKA DA COSTA SOUSA

**O PSICODIAGNÓSTICO COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO
PSICÓLOGO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro
Universitário do RN como requisito
final para obtenção do título de
Especialista em Avaliação
Psicológica.

Orientador: Prof. Georgia Martins
Baeta Neves.

NATAL/RN
2014

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Sousa, Thaisa Valeska da Costa.

O psicodiagnóstico como instrumento de trabalho do psicólogo no âmbito da saúde pública. / Thaisa Valeska da Costa Sousa. – Natal, 2014. 45 f.

Orientador: Prof. Georgia Filomena Martins Saldanha Baeta Neves.
Monografia (Pós-Graduação em Avaliação Psicológica) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Psicologia – Monografia. 2. Avaliação Psicológica – Monografia. 3. Psicodiagnóstico – Monografia. 4. NASF – Monografia. I. Neves, Georgia Filomena Martins Saldanha Baeta. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 159.9

BIBLIOTECA UNI-RN

159.9 S719p - RB: 37429 (MP00114)

Título: O psicodiagnóstico como instrumento ...

Autoria: Sousa, Thaisa Valeska da Costa

2014, ex. 1

THAISA VALESKA DA COSTA SOUSA

**O PSICODIAGNÓSTICO COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO
PSICÓLOGO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro
Universitário do RN como requisito
final para obtenção do título de
Especialista em Avaliação
Psicológica.

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Geórgia Martins Baeta Neves
ORIENTADORA

Dedico este trabalho à minha mãe, Tânia Maria de Araújo da C. Sousa, à minhas irmãs, Tanísia Valéria e Tházia Vivianne, ao meu noivo, Jorge Maia, aos meus familiares, à faculdade UNIRN e aos meus professores que contribuíram de forma significativa para meu aprendizado, além de me incentivarem a levar o curso até o final.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a DEUS, pelo dom da vida por permitir eu vivenciar experiências que com certeza me transformaram num ser humano melhor. Depois, meu agradecimento vai para minha família, que é a base de tudo, inclusive no que eu sou hoje, quero agradecer ao meu noivo, por me motivar, alegrar, ser compreensivo e estar ao meu lado quando eu preciso. E claro, que eu não poderia deixar de agradecer a minha orientadora, a professora Geórgia Martins, pela disponibilidade e dedicação para comigo na construção desse trabalho.

"Ninguém muda ninguém, ninguém muda sozinho, nós mudamos nos encontros. Simples, mas profundo, preciso. É nos relacionamentos que nos transformamos. Somos transformados a partir dos encontros, desde que estejamos abertos e livres para sermos impactados pela idéia e sentimento do outro". (ROBERTO CREMA)

RESUMO

O objetivo do presente estudo é abordar o funcionamento do psicodiagnóstico com adultos e crianças, além do teste psicológico como instrumento de trabalho do psicólogo no âmbito da saúde pública, mais precisamente no programa criado pelo Ministério da Saúde em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil ampliando sua abrangência e resolubilidade. E com isso colaborar para a reflexão acerca dessa técnica e o seu manejo.

Palavras-chave: NASF. Psicodiagnóstico. Atuação do Psicólogo.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand the functioning of the psychodiagnosis with adults and children, and the psychological test as a tool for psychologists working in the public health area, more precisely, in the program created by the Ministry of Health in 2008, the Center for Support Family Health (NASF), which aims to support the consolidation of Primary Care in Brazil, expanding its coverage and resolution. And with that contribute to the reflection about this technique and its management.

Keywords: NASF. Psychodiagnostic. Performance of the Psychologist.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	p. 10
1.1 Objetivo Geral	p. 12
1.2 Objetivo Específico	p. 12
2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	p. 13
3. Atuação do Psicólogo no Âmbito da Saúde Pública	p. 16
4. O Psicodiagnóstico Como Instrumento de Trabalho do Psicólogo na Saúde Pública.....	p. 20
4.1 Considerações Sobre o Psicodiagnóstico Infantil	p. 24
5. Testes Psicológicos	p. 30
5.1 R2 - Teste Não Verbal de Inteligência	p. 33
5.2 HTP – Casa, Árvore, Pessoa. Técnica Projetiva de desenho.....	p. 35
6. Considerações Finais	p. 40
Referências	p.42

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva abordar o transcorrer do psicodiagnóstico como ferramenta de trabalho do psicólogo no âmbito da saúde pública. Mas exatamente, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Porém, é importante que se conheça esse programa, o que é, e do que se trata, e como o psicólogo foi incluído nisto, e posteriormente o processo do psicodiagnóstico neste contexto. Todas essas informações serão explanadas para um melhor entendimento ao leitor.

O Núcleo de Apoio À Saúde da Família (NASF) é um programa criado pelo ministério da saúde em 2008, sua criação foi voltada para respaldar o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é outro programa que foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo o modelo assistencial da atenção básica, a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O ESF se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros e dentistas), buscando favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias e promover o acesso aos serviços possibilitando o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários (BRASIL, 2000).

Já o NASF, é uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, dando continuidade ao cuidado visando aumentar por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, e para isso fazem parte profissionais de diferentes áreas de atuação, incluindo o psicólogo numa perspectiva de desmistificação da saúde mental (OLIVEIRA, 2012).

Num contexto em que aparece demandas diversas, e encaminhamentos de diferentes profissionais, o psicólogo tem que atender a essas demandas, e para isso deve contar com ferramentas confiáveis, mas que não sejam tão prolongada, por se tratar de um serviço de saúde que tem uma fila de pessoas na espera para serem atendidas. E é nesse aspecto que o psicodiagnóstico com o uso de testes, torna-se um coadjuvante no trabalho do psicólogo.

O psicodiagnóstico faz parte do processo de avaliação psicológica, e o psicólogo pode escolher fazer uso ou não de testes, mas para um diagnóstico contundente é interessante que se respalde em algum teste aliado a uma boa entrevista, para dar segurança ao psicólogo no momento da elaboração de laudos, encaminhamentos e ao próprio paciente, no momento da entrevista devolutiva (CUNHA, 2003).

Os testes que serão abordados nesse trabalho serão: o R-2 que é um teste não verbal de inteligência direcionado à Crianças de 05 aos 11 anos de idade, que objetiva avaliar o fator G da inteligência. E o HTP (Casa-Árvore-Pessoa), que é uma técnica projetiva de desenho, com o objetivo de avaliar as principais características da personalidade, podendo ser administrado em crianças a partir dos 8 anos de idade e em adolescentes, adultos e idosos.

1.1 OBJETIVOS GERAIS:

- Promover o conhecimento sobre o programa implantado no Brasil, pelo ministério da saúde em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Discutir a atuação do psicólogo nesse contexto.
- Estudar e caracterizar o processo do psicodiagnóstico como ferramenta de trabalho do psicólogo em um contexto ainda novo, no âmbito da saúde pública.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Colaborar com o conhecimento acerca do programa do NASF, disseminando a sua utilidade, funcionamento e abrangência, a fim de informar ao leitor os serviços prestados.
- Comprovar a importância do profissional de psicologia num serviço como este, não apenas com um olhar clínico na doença, mas com um olhar diferenciado envolto de todo o sujeito.
- Analisar a usabilidade da técnica do psicodiagnóstico, bem como explicar e divulgar a sua utilidade em situações específicas, devido a sua objetividade e o modo de facilitar as hipóteses diagnósticas com o uso dos testes.

2. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008. Esse novo programa propõe ampliar as ações da atenção básica, tendo em vista aumentar a capacidade de prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), de forma a responder às necessidades da população abrangida pelo território delimitado para cada equipe, possibilitando maior qualidade à assistência prestada e não apenas "suprir a demanda".

Os núcleos ao serem implantados representam a busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, cujo caráter é de cunho preventivo e educativo em prol da promoção da saúde. Constituindo-se como apoio especializado na própria atenção básica, e não um ambulatório de especialidades ou um serviço hospitalar.

A equipe é multiprofissional, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como: nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, profissional de Ed. Física, farmacêutico, dentre outros, que devem trabalhar de forma integrada as equipes Saúde da Família (ESF).

A lógica de trabalho do NASF é pautada no apoio matricial, ou seja, oferecendo tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, de maneira personalizada e interativa. O cuidado passa a ser compartilhado, acarretando no aumento da resolutividade dos casos que são atendidos na atenção básica.

As equipes do NASF e ESF se unem para discutir casos clínicos, há a participação de toda a equipe na construção de protocolos e projetos terapêuticos, além de implantar/incorporar novas práticas (grupos terapêuticos e educativos, técnicas).

O NASF traz a visão da clínica ampliada, onde o paciente é visto em toda sua singularidade e subjetividade, e não apenas a doença em si, para isso,

articula-se a uma outra prática que é realizada com toda a equipe NASF e ESF, o projeto terapêutico, que é um conjunto de condutas e propostas que visa uma melhor qualidade de vida e resolutividade no caso do paciente.

O NASF está dividido em oito áreas estratégicas: atividade físicas/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/adulto jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

É de responsabilidade dos gestores municipais a definição da composição do NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais. A portaria 154 define os modelos de NASF que dependendo da população do município, será escolhido o que melhor se adequar.

NASF 1 é implantado em municípios com mais de 100.000 habitantes, sendo composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior com ocupações diferentes, servindo de referência para no máximo oito ESF.

NASF 2 é implantado em municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, sendo composto por no mínimo três profissionais de nível superior, servindo de referência para no máximo quatro ESF.

NASF 3 é implantado em municípios de pequeno porte, sendo composto por no máximo dois profissionais, servindo de referência para no máximo duas ESF.

Dessa maneira, o NASF constitui-se em três modalidades para abranger a todos os municípios, outrora, os de pequeno porte ficavam descobertos, mas foi revisto a regulamentação que apoiou a criação do NASF 3, e até os dias atuais cada vez mais vêm aumentando a implantação desse programa que beneficia a população carente.

A equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), atua:

- No programa de Saúde da Família – PSF;
- Na atenção ao Programa de Saúde Escolar – PSE;
- Realiza atendimento domiciliar ao público acamado ou com dificuldades de locomoção;

- Na saúde auditiva (fonoaudiólogo);
- Na reabilitação à saúde integral da pessoa idosa;
- Na promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Atua junto a grupos de riscos com ações educativas sobre drogas, violência, sexualidade, entre outras;
- Atividades físicas e práticas corporais voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Ações voltadas à alimentação e nutrição;
- Ações coletivas que demandem atendimento social ou psicológico;
- Ação profissional em todos os níveis de atenção e em contextos multiprofissionais.

Como vimos, a atuação do NASF é bem abrangente, procurando atender da melhor maneira, realizando ações voltadas para o bem estar físico, emocional e social.

3. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Cada vez mais a presença dos psicólogos vem crescendo na saúde pública no Brasil, é bem verdade que é um ramo novo, visto que o programa Núcleo de Apoio a Saúde da Família é recente, foi criado em 2008. E nesse âmbito a psicologia muito tem contribuído desde a sua fundação.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia, a atuação do psicólogo envolve três eixos básicos: a desmistificação da loucura, a promoção da saúde e a garantia de acolhimento. Todos estes em um processo de corresponsabilização com as equipes de saúde da família, para que esse tipo de atenção avance em sua qualidade e em sua capacidade de resolver questões à população usuária do SUS. (CFP, 2009)

Quanto à desmistificação da loucura, o psicólogo ao ser incluído no programa, o NASF torna-se um instrumento que possibilita a expansão dessa proposta, de atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. (OLIVEIRA, 2012)

O psicólogo é responsável por promover ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

Outras atuações do psicólogo nesse contexto da saúde pública, assinalado por Nepomuceno, na cartilha do CFP (2009), são:

- Ações de acolhimento e humanização dos serviços de saúde;
- Visitas domiciliares;
- Ações de suporte à saúde mental (atendimento individual/ambulatorial, atendimento de casal e famílias, grupos terapêuticos, triagem, grupos de crescimento pessoal, participação nos processos organização dos serviços ofertados e organização da demanda);
- Atividades nas escolas;

- Atuação/facilitação em grupos da ESF (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, crianças, hanseníase e outros);
- Participação nos espaços de formação interdisciplinar e de categoria profissional;
- Facilitação de processos de educação permanente junto às Equipes de Saúde da Família e demais profissionais do território, facilitando a disseminação de conhecimentos próprios da Psicologia para o campo interdisciplinar;
- Atuação junto a rodas e/ou reuniões das equipes multiprofissionais, potencializando os processos grupais;
- Ações comunitárias e de articulação de redes sociais;
- Consultoria social e organizacional a projetos sociais e instituições dos territórios;
- Outras ações de fomento à participação e controle social, como atuação junto a conselhos de saúde e associações de moradores. (Nepomuceno in CFP(2009),pág. 56 e 57)

Nessa perspectiva a psicologia, na amplitude de suas ações, acaba por assumir uma postura mais pedagógica do que terapêutica.

Vale salientar que há um estereótipo do psicólogo apenas como clínico, atendendo aos pacientes de forma individual, o que realmente acontece, quando os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), encaminham os pacientes para um diagnóstico diferencial ou apenas por achar que aquela pessoa precisa conversar, e tem os usuários que vêm de livre e espontânea vontade procurar ajuda profissional. (NETO, 2009)

E aí, nesse caso, o psicólogo realiza uma primeira consulta, para uma triagem e identificação da queixa, após, é realizado o psicodiagnóstico, averiguando se o usuário precisa ou não de acompanhamento psicoterápico. No caso de não necessitar de um acompanhamento, esse usuário é orientado a participar de um grupo terapêutico, que visa à melhoria de uma situação de patologia. Como por exemplo: tabagismo, ansiedade, estresse, depressão dentre outros. O usuário também pode ser encaminhado para participar de grupo

educativo, que tem o objetivo de educar/capacitar tanto a comunidade quanto os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), podem ser realizados por equipe multiprofissional e acontecem na unidade ou na comunidade. (CLEMENTE, 2008)

E uma outra opção de encaminhamento, é para o usuário participar de oficinas terapêuticas, obviamente que são oficinas com fins terapêuticos e promoção da qualidade de vida, nos quais são realizadas atividades lúdicas, ocupacionais e troca de experiências. (CLEMENTE, 2008)

Contudo, tem municípios que na saúde não oferecem essas opções de grupos e oficinas para o psicólogo encaminhar o usuário, dessa forma, entra a parceria com um outro programa, o do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que é um sistema público que organiza de forma descentralizada os serviços sócio assistenciais no Brasil. No qual, é responsável por planejar as ações da assistência social e de proteção social básica por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que destina-se à prevenção de riscos sociais e pessoais, através da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. (LOAS, 2005)

Mesmo que seja em outro contexto, o importante é dar respaldo ao usuário, e aos poucos criar os grupos educativos e terapêuticos da saúde, o que depende do engajamento de todos os profissionais que fazem parte da atenção básica.

Teoricamente apontamos como funciona em alguns municípios e como deveria ser a atuação e intervenção do profissional de psicologia no NASF, mas sabemos que existem algumas barreiras para serem avançadas, principalmente por ter que lidar com pessoas de área de conhecimento diferente, que faz parte da equipe, mas que muitas vezes desconhece as diretrizes do programa. Tem municípios que os profissionais atuam de forma concomitante, já em outros, alguns desafios precisam ser superados.

E dentro desse contexto, os desafios a serem enfrentados pelo profissional de psicologia são vários, começando por superar a representação social do psicólogo como unicamente clínico, o que estabelece associações com uma

clínica reducionista, individual e privatista, pois o psicólogo tem muito que contribuir em outros campos da saúde pública, como já listamos acima. Outros desafios é o de desenvolver ações integradas de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde no plano de trabalho, reunir todos os profissionais da equipe, não só do NASF, mas da ESF se torna um pouco complicado, devido a indisponibilidade de tempo para discutir os casos, em busca de uma maior resolutividade. O NASF propõe uma equipe multidisciplinar que trabalhe de forma inter e transdisciplinar, e isso por vezes deixa a desejar. (NETO, 2009)

O desconhecimento da atuação do psicólogo por parte dos outros profissionais, a carência de recursos materiais, a falta de locais apropriados para desenvolver as atividades e também de um local adequado para a realização dos atendimentos individuais que resguarde as informações fornecidas pelos usuários, essas, são apenas algumas dificuldades encontradas no caminho permeado pelo psicólogo na atenção básica, há uma fragilidade na organização e na composição do programa. (NETO, 2009)

Foi aberto um espaço para o psicólogo, que sem dúvidas somou bastante, e vai continuar contribuindo de forma bastante enriquecedora com um olhar diferenciado, levando em consideração a subjetividade e singularidade do indivíduo, tornando o trabalho mais humanizado na atenção básica.

4. O PSICODIAGNÓSTICO COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA

Como já discutido anteriormente uma das modalidades de atuação do psicólogo na equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, é o atendimento individual. Aonde a maior parte dos pacientes que ali chegam vem por meio de encaminhamento do médico psiquiatra ou neurologista, escola e até mesmo se tratando de crianças e adolescentes os próprios pais procuram o serviço em busca de uma compreensão a respeito do comportamento do filho, se este, não estiver dentro do que esses pais consideram como "normal". E tem as pessoas que por livre e espontânea vontade procuram porque estão passando por alguma dificuldade que sozinhos não conseguem solucionar e/ou lidar, e precisam de uma ajuda profissional.

E como parte do processo, antes do profissional dar início a uma psicoterapia breve focal, que essa, é outra intervenção psicológica inserida no âmbito da saúde pública, que devido a alta demanda de pessoas para serem atendidas nesse serviço, o profissional não pode se prolongar, devendo deter-se apenas aquele conflito que foi previamente diagnosticado.

Quando o usuário vem queixando-se de algo, é necessário investigar a problemática e conhecê-la para poder realizar um planejamento voltado para a resolução do seu problema, uma vez que sozinho não conseguiu superar.

Daí a importância da realização do psicodiagnóstico que faz parte do procedimento de avaliação psicológica, que visa identificar forças e fraquezas no funcionamento psíquico do indivíduo, com um foco na existência ou não de psicopatologia.

Cunha (2003, p. 23) caracteriza esse processo como:

[...] um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (*input*), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (*output*), na base dos quais são propostas soluções, se for o caso.

Ocampo (2005, p. 12), aponta que os momentos do processo de psicodiagnóstico divide-se em:

- 1) Primeiro contato e entrevista inicial com o paciente;
- 2) Aplicação de testes e técnicas projetivas;
- 3) Encerramento do processo: devolução oral ao paciente (e/ou a seus pais);
- 4) Informe escrito para o remetente

Como ponto de partida, o psicólogo fará uma entrevista clínica, que é um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, com o intuito de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos, cujo objetivo maior dessa entrevista é conhecer em profundidade o paciente, e o psicólogo determinará de acordo com o caso, quantas sessões serão necessárias e qual o tipo de entrevista será utilizada.

As entrevistas podem ser classificadas em estruturadas, semiestruturadas e de livre estruturação. Porém, as entrevistas estruturadas são de pouca utilidade clínica, quanto as outras formas, podem explorar mais as respostas do paciente e consequentemente colher mais informações.

As entrevistas iniciais com o paciente levantarão perguntas complementares, que definem novos objetivos para o exame (CUNHA, 2003, p. 107).

O próximo passo, o psicólogo estabelecerá um plano de avaliação que consiste em administrar instrumentos adequados para fornecer possíveis respostas às perguntas iniciais.

Lembrando que se trata de um processo de psicodiagnóstico no serviço público de saúde, por isso nem todas as hipóteses levantadas devem ser necessariamente testadas, senão se torna um processo muito longo. E a atuação do psicólogo nesse âmbito vai diferir da sua atuação na clínica, no que se refere, por exemplo, no tempo do atendimento, o que normalmente seria 50 minutos, nesse contexto vai ser em torno de 30 minutos para dar tempo de atender a todos.

O psicólogo deve levar em consideração cada caso, e os fatores situacionais do paciente, ficando ao seu cargo selecionar e escolher livremente os

instrumentos que serão utilizados. Num contexto como esse que exige do profissional agilidade, é aconselhável que escolha de dois a cinco instrumentos, incluindo testes psicológicos ou não, para dar subsídios que permitam confirmar ou infirmar as hipóteses que anteriormente foram levantadas.

Cunha (2003) defende o uso da bateria de testes no psicodiagnóstico, por duas razões principais, primeiro porque nenhum teste proporciona uma avaliação abrangente da pessoa como um todo, e segundo, o uso de uma série de testes envolve a tentativa de uma validação intertestes dos dados obtidos, diminuindo a margem de erro e fornecendo melhor fundamento para se chegar a inferências clínicas.

No qual há dois tipos de bateria de testes, a padronizada, para avaliações específicas, e não resulta de uma seleção de instrumentos de acordo com as questões levantadas num caso individual, esse tipo de bateria é efetuada com base em pesquisas realizadas com determinados tipos de pacientes e recomendada para exames bem específicos, como em certos tipos de avaliação neuropsicológica (CUNHA, 2003, p. 110).

E o outro tipo é a bateria de testes não-padronizada que organiza-se a partir de um plano de ação do psicólogo, sendo organizado de acordo com critérios mais flexíveis do que a bateria padronizada. O número de testes, por exemplo, eventualmente pode ser modificado para mais ou para menos (CUNHA, 2003, p. 110).

E claro, para o sucesso do processo de avaliação é imprescindível que o psicólogo tenha segurança no manejo dos instrumentos escolhidos, saber as instruções de uso não basta, tem que ter intimidade, principalmente se tratando do uso dos testes psicológicos, caso contrário, colocará abaixo todo um planejamento que foi previamente organizado.

Outro aspecto importante, é em relação ao ambiente que o psicólogo faz o atendimento, se tratando de um serviço público, pode ocorrer de não haver uma infraestrutura adequada, como iluminação, assentos, temperatura, ruídos, esses são alguns aspectos que podem interferir de forma negativa no resultado dos testes, porém, o profissional deve tentar acomodar a sala da melhor maneira

possível, de forma que o paciente sinta-se bem. E no momento da administração dos testes, organizar todo o material que pretende utilizar, de maneira que fique acessível e o manejo seja facilitado.

Quanto à conduta do psicólogo durante o psicodiagnóstico deve ser honesto com o paciente e nunca prometer o que não poderá cumprir, e o rapport ser estimulado desde o primeiro contato, para fortalecer o vínculo de confiança entre terapeuta-paciente e para reduzir ao mínimo a possibilidade de bloqueios ou paralisações e criar um clima preparatório favorável à aplicação de testes.

Como bem Ocampo (2005) traz, o psicólogo pode fazer uso de testes e técnicas projetivas que serão previamente selecionados e ordenados de acordo com o caso.

[...] os testes (e nos referimos particularmente aos testes projetivos) apresentam certas vantagens que os tomam insubstituíveis e imprescindíveis. Mencionaremos entre elas sua padronização, característica que dá ao diagnóstico uma maior margem de segurança, a exploração de outros tipos de conduta que não podem ser investigadas na entrevista clínica (por exemplo, a conduta gráfica) e que podem muito bem constituir o reduto dos aspectos mais patológicos do paciente, ocultos atrás de uma boa capacidade de verbalização. (OCAMPO, 2005, p. 09).

Dessa maneira, os testes constituem-se como instrumentos importantes para subsidiar o psicólogo, fornecendo mais segurança para um diagnóstico e prognóstico.

E como se refere Cunha (2003), para avaliar um sujeito de forma sistemática, científica, orientada para a resolução de problemas.

Realizado as entrevistas iniciais e a aplicação dos testes psicológicos, o psicólogo já tem dados suficientes. Chegou a hora de encerrar essa primeira parte do processo, se o usuário foi fruto de um encaminhamento, o psicólogo fará um laudo constando apenas as informações necessárias, confirmando ou infirmando as hipóteses dadas pelo profissional que encaminhou, e se tiver, colocar outras hipóteses diagnósticas que foram colhidas de acordo com o teste e as entrevistas (OCAMPO, 2005).

E claro, ao final dessa primeira parte, o paciente como peça integrante de todo o processo, merece ter uma devolução por escrito ou oral.

A entrevista de devolução tem o objetivo de comunicar ao usuário os resultados da avaliação, pode ser uma devolução simples, mas que deixe claro todas as informações que serão pertinentes ao paciente.

E até esse momento de devolução, é um momento também de avaliação. Mediante a forma como aquele usuário recebe a informação, o psicólogo pode ter uma noção de um prognóstico melhor, porque houve uma aceitação por parte do usuário, e um prognóstico não tão favorável, se este não aceitar o que o psicólogo está informando sobre a conclusão de seu processo (CUNHA, 2003).

[...] Outro objetivo importante da entrevista de devolução é permitir ao sujeito expressar seus pensamentos e sentimentos em relação às conclusões e recomendações do avaliador. Ainda, permite avaliar a reação do sujeito a elas. Ou seja, mesmo na fase devolutiva, a entrevista mantém seu aspecto avaliativo, e tem-se a oportunidade de verificar a atitude do sujeito em relação à avaliação e às recomendações, ao seu desejo de segui-las ou de recusá-las. Finalmente, como objetivo da entrevista de devolução. Finalmente, como objetivo da entrevista de devolução, destaca-se a importância de ajudar o sujeito a compreender as conclusões e recomendações e a remover distorções ou fantasias contraproducentes em relação a suas necessidades (CUNHA, 2003, p. 48).

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL

Vimos até aqui os passos para a realização do psicodiagnóstico, porém, se tratando de adultos e crianças, há algumas diferenciações e considerações a se fazer. Toda a descrição anterior foi direcionada aos adultos.

Enquanto que com os adultos o processo é realizado diretamente com ele, salvo os casos, que esse adulto tenha algum tipo de deficiência, ou que o psicólogo precise de uma informação para fechar ou direcionar um diagnóstico, e esse adulto não saiba responder, e ainda ao final, na devolução, se o adulto não estiver ou se sentir preparado para receber a informação, então, é necessário que se traga algum familiar (CUNHA, 2003).

Já no psicodiagnóstico com criança, o contato inicial é com os pais ou responsável do menor, pois são eles que trarão a queixa relacionada a criança, algumas vezes encaminhada pela própria escola por ter um comportamento

diferente dos demais alunos ou por algum médico, geralmente pediatra ou neurologista.

Nesse processo será necessário fazer em torno de três à quatro entrevistas com os pais ou responsável, o que podemos chamar de anamnese, envolto da história da criança desde a sua concepção até os dias atuais, e também a história dos pais, como se conheceram, se a gestação foi planejada, desejada ou não, se aconteceu algum problema durante a gestação, como esses pais idealizavam a criança, enfim, todas as questões pertinentes para uma melhor compreensão do caso.

Passado as entrevistas iniciais com os pais, dar-se início com a criança, e o primeiro passo é conquistar a sua confiança, para que ela possa se sentir à vontade e assim interagir espontaneamente com o terapeuta.

Com a criança, pode ser realizado de quatro a cinco sessões. E se o psicólogo achar necessário, o uso de testes psicológicos é permitido.

Dependendo da idade, e da forma como a criança encara o processo, podemos iniciar conversando e fazendo alguns questionamentos para colher informações. Se for uma criança mais fechada, o psicólogo perceber que ela não está dando abertura para um diálogo, o caminho a seguir, é através do brincar, pois vai ser por meio da brincadeira que a criança vai expressar seu mundo interno (desejos, fantasias, angústias e defesas). Além de que, vai ser a forma de tornar produtiva qualquer comunicação e entendimento do psiquismo da criança.

Sobre o brincar, Cunha traz uma interpretação de Freud:

Pode-se dizer, pois, que Freud estabeleceu os marcos referenciais da técnica do jogo, demonstrando que o brincar não é só um passatempo para viver situações prazerosas, mas também uma maneira de elaborar circunstâncias traumáticas. (CUNHA, 2003, p. 94).

E será na entrevista lúdica, também conhecida como a hora do jogo diagnóstica, por meio de atividades lúdicas, como o brincar, desenhar, etc., que o psicólogo coletará dados referentes à criança.

A hora do jogo diagnóstica é um dos diferentes instrumentos de avaliação infantil, e como já foi dito, é uma técnica de coleta de dados, para conhecer um

pouco do paciente, e todo material que envolve a imaginação da criança será utilizado, como por exemplo, o brinquedo.

Pois, o brinquedo seria um elo que possibilitaria ligar o mundo externo e o interno, a realidade objetiva e a fantasia, sendo um meio de comunicação da criança (WERLANG, 2000).

Melanie Klein foi uma das pioneiras em utilizar o jogo como técnica psicanalítica, sugerindo que o jogo é a via regia do inconsciente, como o sonho é no adulto. Assim, brincar é a linguagem da criança, que facilita a expressão de diversos conteúdos psicológicos. Mesmo quando a palavra já estiver sido incorporada pela criança, a linguagem lúdica ainda se manteria mais expressiva (ARZENO, 1995).

E é acreditando nisso, que através do jogo pode se fazer uma análise infantil ao introduzir o material lúdico, que o psicólogo vai trabalhar com a criança. Como estamos falando de um processo de avaliação psicológica no contexto da saúde pública, em alguns municípios a sala de atendimento pode deixar a desejar, em relação ao espaço e também ao material escasso, tornando essas vertentes um desafio para o psicólogo. Mas ainda assim, o profissional se adequa na medida do possível.

O ideal seria que a hora do jogo diagnóstica fosse realizada em um ambiente espaçoso, que possibilitasse a criança movimentar-se, por isso, deve ter poucos móveis e de preferência com piso e paredes laváveis. Deve ser permitida a brincadeira com água e materiais diversos, como areia e argila, por exemplo. Esses materiais podem estar em cima de uma mesa e parte dentro de uma caixa aberta. Mas como já foi mencionado, o espaço na rede pública é limitado, e o psicólogo vai trabalhar com o que tem e com o que pode (OCAMPO, 1999).

E os brinquedos serão grandes coadjuvantes nesse processo e não devem ser escolhidos aleatoriamente, mas em função das respostas específicas que provocam. E outro ponto importante, é a quantidade desses brinquedos que não deve ser exagerada, para que a criança não fique indecisa e perdida com qual brinquedo pegar.

E nesse momento a conduta do psicólogo deve ser passivo, como observador, mas ativo quanto à formulação das hipóteses. Mas se a criança solicitar a sua participação ele deve desempenhar um papel complementar. Lembrando de proporcionar condições para que a criança brinque da forma mais espontânea possível.

A hora do jogo diagnóstica não têm uma padronização de como deve acontecer ou o que se fazer, porém, baseado em Efron et al. (2009), ele faz referência a oito indicadores da entrevista lúdica, que auxiliará o psicólogo a analisar e interpretar a entrevista. Essa proposta de Efron, não significa que não há outros critérios a serem considerados, mas serve como um guia auxiliar do psicólogo. São eles (EFRON, A.M. et. al. 2009 apud OCAMPO, 2009):

- ✓ A escolha de brinquedos e brincadeiras;
- ✓ Modalidades de brincadeiras;
- ✓ Personificação;
- ✓ Motricidade;
- ✓ Criatividade;
- ✓ Capacidade simbólica;
- ✓ Tolerância à frustração;
- ✓ Adequação à realidade.

Esses são os indicadores avaliados no momento da observação. Seguindo adiante no psicodiagnóstico infantil, depois de realizado a entrevista lúdica, o psicólogo terá alguns indicativos, que aí, se ele quiser poderá confirmar administrando testes psicológicos, mas para não estender muito o processo, assim como no do adulto, nem todas as hipóteses poderão ser investigadas.

Durante os atendimentos com a criança se o profissional sentir necessidade, ou surgir alguma dúvida, pode solicitar a presença dos pais, responsável ou das pessoas que convivem diretamente com a criança para conversar sobre, inclusive se a queixa for em relação ao ambiente escolar, o professor também é solicitado a comparecer.

E da mesma maneira que se procede no processo de psicodiagnóstico na parte final com os adultos, depois que se faz as entrevistas, e a aplicação dos

testes, na avaliação infantil, após essas etapas, o psicólogo com os dados que colheu e interpretou, tem informações suficientes para responder a um encaminhamento colocando o diagnóstico, e possíveis hipóteses diagnósticas, podendo justificar que não teve como confirmar ou infirmar essas outras hipóteses, devido a alta demanda no serviço público, que não pode deter-se apenas a um único paciente, tendo que ser mais objetivo, esclarecendo a dúvida do médico que encaminhou com o determinado diagnóstico.

Vale lembrar que, nas entrevistas iniciais, tanto com os adultos quanto com as crianças, é importante que o psicólogo observe a postura corporal, os gestos, o tom de voz, a aparência, a posição na cadeira, todos esses aspectos não verbais que fornecem dados fundamentais a respeito do paciente e seu posicionamento na circunstância de entrevista. E observar também aos sentimentos despertados durante esse momento, porque o fenômeno da transferência e contra transferência podem surgir, e isso é mais um dado a ser levado em consideração.

Enfim, chegamos ao final, e com a criança também é realizada a entrevista devolutiva. Se a queixa inicial tiver vinculada a escola, e o professor foi convidado a participar de uma entrevista para falar como é esse paciente no âmbito escolar, esse professor também terá direito a uma entrevista devolutiva e serão dadas as informações mais relevantes sobre a criança e sua família com questões relacionadas a escolarização, até como uma forma da escola colaborar com a criança no seu desenvolvimento pessoal, incluindo os fatores cognitivos, os emocionais e os referentes ao processo de socialização.

A entrevista devolutiva é realizada também com os pais ou responsável, e serão abordadas as questões mais pertinentes e que foram averiguadas na avaliação com a criança e com o professor, se tiver havido a participação deste no processo, para relatar os aspectos escolares. Mediante as interpretações e hipóteses do psicólogo, os pais são chamados a refletir sobre as questões que acabaram gerando uma determinada dificuldade para a criança, para que eles possam perceber o quanto que o papel desempenhado na família no desenvolvimento emocional da criança, interfere. E sobre a importância do meio em que vive para o seu desenvolvimento, considerando sua inserção no ambiente

familiar com o intuito de incluir a família no prognóstico da criança. E levando em consideração cada caso, acompanhada ou não pela família a criança também participa da entrevista devolutiva,

Quando não acompanhada pelos pais, o psicólogo pode dar essa última entrevista contando uma estória, que dependendo da idade da criança, é até melhor para ajudar a sua compreensão e elaboração sobre sua problemática, de forma sutil e não tão impactante.

Mais a frente, estaremos vendo alguns testes psicológicos que poderão ser usados no processo de psicodiagnóstico da criança, levando em consideração que a demanda de encaminhamento infantil é maior que a de adulto.

5. TESTES PSICOLÓGICOS

Os testes psicológicos são instrumentos utilizados no processo de avaliação psicológica, de uso, manuseio e aquisição privativo do psicólogo de acordo com a lei nº 4.119/62 (Conselho Federal de Psicologia, 2001). São ferramentas que para serem considerados têm que seguir uma padronização, normatização, validação e ser fidedigno. "Caracterizando-se como uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento" (ANASTASI;URBINA, 2000, p. 18).

Pode ser administrado nos variados contextos de atuação do psicólogo, em escolas, instituições públicas e privadas e clínicas, cujo objetivo do seu uso é com fins diagnósticos e interventivos.

Cunha (2000) elucida os testes psicológicos como um processo científico, limitado no tempo que utiliza métodos e técnicas psicológicas, para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, assim como para identificar e avaliar aspectos específicos.

Ou seja, os testes servem para avaliar ou mensurar determinadas características psicológicas do sujeito. O psicólogo que fizer uso dessa ferramenta, tem que ter competência suficiente para aplicar e interpretar com adequação os resultados da avaliação. Porque uma má interpretação prejudicará no andamento de todo o processo, e vale salientar que estamos lidando com pessoas, e não podemos colocar as suas vidas em risco, ao fornecer uma informação ou diagnósticos falsos ou deformados, pois estariam baseados em resultados falhos e incompletos devido ao uso inadequado.

Concordando com o que Cunha (2003) traz, a testagem pode ser um passo importante do processo, mas constitui apenas um dos recursos de avaliação possíveis.

Bem verdade, pois temos as entrevistas iniciais, que nos permite colher muitas informações e ter uma visão ampla do paciente e da queixa, como já foi discutido anteriormente.

Os testes podem ser administrados de forma individual ou coletiva. Na clínica geralmente o teste é conduzido de forma individual, e tem testes que não permitem que sejam aplicados em coletivo, como é o caso dos projetivos, onde o sujeito vai estar introjetando aquele estímulo e externalizando verbalmente possíveis conteúdos inconscientes, e se tiver mais de uma pessoa sendo submetida ao teste, podem acabar sendo influenciada pela resposta uma dos outros.

Enquanto que a forma coletiva, esta, deverá acontecer de maneira bem organizada e planejada, e os testes administrados dão respaldo para que isso aconteça, onde cada qual fará seu teste, sem que seja diretamente influenciado pelo outro. Como exemplo, podemos citar as instituições no âmbito organizacional, no DETRAN para tirar a carteira de motorista e em concurso público.

Dentro do psicodiagnóstico o psicólogo pode escolher fazer uso de dois tipos diferentes de testes, que são os projetivos ou psicométricos. Cada qual tem a sua funcionalidade e objetividade, e de acordo com o que o psicólogo está investigando, escolherá o que melhor se adequar para aquele caso.

Frank, em 1939, lança o termo método projetivo, fazendo referência ao estudo da personalidade baseando-se no teste de associação de palavras de Jung (1904), testes de manchas de tinta de Rorschach em 1920 e T.A.T. (Teste de Apercepção Temática) de Murray em 1935.

O autor acreditava que as técnicas projetivas ofereciam acesso ao mundo dos sentidos, significados, padrões e sentimentos, revelando aquilo que o sujeito não pode ou não quer dizer, pois esse método poderia abstrair aspectos latentes ou que estão encobertos da personalidade, se tratando de conteúdos inconscientes.

Portanto, os testes projetivos abre um amplo campo de interpretação no que tange o inconsciente do individuo, onde o psicólogo poderá observar como é que essa pessoa percebe o seu mundo externo e interno através de conteúdos inconscientes que no momento do teste será projetado por ele. É a maneira de o sujeito liberar a criatividade, sob as condições impostas pelo teste, podendo,

através destes testes, projetar o mal objeto, obtendo controle sobre a fonte de perigo revelada ficando livre, para atacar ou destruí-lo, como também, evitar a separação do bom objeto, reparando-o (FINE, 1981).

Alguns exemplos de testes projetivos são: o Rorschach, o Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT), as Pirâmides de Pfister, o Desenho da Figura Humana (DFH), o HTP (técnica projetiva de desenho; Casa - Árvore - Pessoa), Zulliger e outros.

E há também os testes psicológicos chamados de psicométricos, que são considerados de caráter científico por causa da sua objetividade, padronização e validação, proporcionando uma facilidade na compreensão no que se deseja observar. Baseia-se na teoria da medida usando números para descrever os fenômenos psicológicos.

O resultado do teste será comparado com os padrões de resultados alcançados por uma amostra representativa de pessoas e, assim, enquadrado em percentis, com padrões baseados em pesquisas estatísticas de comparação.

Esse tipo de teste é bastante utilizado para analisar a inteligência lógica, verbal e não verbal, a capacidade de atenção concentrada, aptidões diversas do sujeito, dentre outros aspectos.

É um teste objetivo e acaba sendo prático a sua administração, sendo bem menos complexo de ser utilizado, e dependendo do teste, não demanda muito tempo, podendo ser administrado em um único atendimento. E isso para o contexto que estamos abordando, o da saúde pública, é bastante positivo.

Sendo utilizado também, em fases de concurso público, instituições organizacionais para seleção de candidatos, e têm a vantagem que pode ser aplicado coletivamente.

Alguns testes psicométricos são: G36, G38, D2, R-1 e outros.

Aqui, nos deteremos a explicar dois testes que podem estar auxiliando o psicólogo no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Considerando que a demanda maior de pacientes seja infantil, serão escolhidos um teste projetivo e o outro psicométrico direcionado a crianças.

5.1 R-2: Teste Não Verbal De Inteligência Para Crianças

O teste psicométrico escolhido foi o R-2, que é um teste que objetiva avaliar o fator G da inteligência. Esse teste é de fácil manuseio, devido a sua praticidade, além de que, ajusta-se ao contexto que estamos abordando, que é o da saúde pública. As demandas infantis que geralmente chegam até o psicólogo, são relacionadas à escolarização. As escolas enviam um encaminhamento a respeito daqueles alunos que se destacam por não ter um rendimento escolar dentro de um padrão exigido pela instituição.

Há vários testes que são excelentes aliados em situações como esta. Mas aqui, vamos nos deter ao R-2, que avalia a inteligência da criança de 05 até aos 11 anos de idade.

Rynaldo de Oliveira foi o autor que elaborou o teste não verbal de inteligência para crianças, o R-2, e elaborou também, o R-1 (OLIVEIRA, 1973), que é a versão para adultos, e foi desenvolvido principalmente para avaliação de motorista. O teste R-2 é derivado do R-1, apresentando inclusive alguns itens que fazem parte deste.

Como já foi dito anteriormente, o R-2 se propõe a avaliar o que os estudiosos chamam de fator G da inteligência. Spearman, quem postulou a "Teoria do fator Geral" e fundamentou teoricamente em: Teste das Matrizes Progressivas de Raven. Pois o autor acreditava que haveria um fator G, um fator quantitativo comum e presente em todas as funções cognitivas do homem. Chegando a conclusão, que os testes que melhor avaliam o fator G são os testes homogêneos:

[...] de raciocínio matemático ou gramatical (de sinônimos, de oposição), ou de percepção de relações complexas com material visual e, em especial, os de material não verbal, com base em problemas de educação de relações" (OLIVEIRA, 2000 apud BERNSTEIN, 1961, p.17).

Ainda, para compreender melhor o fator G, Raven, J., Raven, J. C. e Court (1993) consideram que o fator G é composto da atividade mental edutiva e da reprodutiva:

A atividade mental edutiva envolve a capacidade de extrair um significado de uma situação confusa; desenvolver novas compreensões,

ir além do que é dado para perceber o que não é imediatamente óbvio; estabelecer constructos (em grande parte não verbais), que facilitam a manipulação de problemas complexos, envolvendo muitas variáveis mutuamente dependentes. [...] A atividade mental reprodutiva envolve o domínio, a lembrança e a reprodução de materiais (em grande parte verbal) que formam uma fonte cultural de conhecimentos explícitos, verbalizados (RAVEN, J.; RAVEN, J. C.; COURT in Oliveira, 2009).

E baseado nisto, que o R-2 foi respaldado, nos mesmos princípios teóricos do Teste de Raven, pretendendo aferir o fator G da inteligência, proposto por Spearman.

O teste R-2 é direcionado a crianças de 05 até aos 11 anos de idade. Sendo composto por 30 pranchas com figuras coloridas, a serem aplicados na sequência de sua numeração, com figuras coloridas de objetos concretos ou figuras abstratas.

Cada prancha tem uma figura a ser completada com uma das alternativas apresentadas logo abaixo da figura, levando em consideração o tipo de raciocínio envolvido naquele item. E a criança vai escolher aquela alternativa que melhor se adequar ao espaço que está faltando na figura, lembrando, que só existirá uma única alternativa correta.

A aplicação do teste é exclusivamente individual, não podendo ser aplicado coletivamente. O psicólogo apresentará a prancha uma de cada vez a criança para que ela preste atenção na minúcia dos detalhes da figura.

E o teste não possui limite de tempo, por se tratar de um teste de capacidade/poder. Quando foi realizada a padronização do teste, o tempo médio de aplicação foi de 8 minutos, geralmente na clínica o tempo é de 5 a 20 minutos.

Para a aplicação do teste serão necessários: o conjunto de 30 pranchas, folha de respostas, manual com as instruções do teste, crivo de correção e lápis ou caneta.

O psicólogo estar com o manual em mãos é fundamental, pois nele, irá conter todas as instruções necessárias, como: o que dizer a criança antes de iniciar o teste, o que dizer ao mostrar o cartão e o que ela deve fazer.

O manual traz que se a criança não acertar as três primeiras pranchas, que são as mais fáceis, é apropriado interromper o teste, pois as demais figuras serão

mais complexas exigindo um comprometimento intelectual maior, que, se nesse início a criança tiver errado, pressupõe-se que as outras, ela vai errar também.

A correção do teste é realizada colocando o crivo de correção em cima da folha de respostas e anotando os acertos e os erros ao lado de cada resposta. Atribuindo um ponto para as respostas corretas. A pontuação total corresponde ao número de acertos.

O próximo passo é obter o percentil, e deve-se escolher a tabela apropriada, procurando na coluna correspondente a idade da criança o total de pontos obtidos.

O manual apresenta três tabelas de percentis: para a população geral (tabela 27), para escolas públicas (tabela 28) e para escolas particulares (tabela 29). Para escolher a tabela apropriada devemos considerar o objetivo da avaliação e o tipo de escola que a criança estuda. Em sua grande maioria, as crianças que vão até o serviço público de saúde, estudam em escolas públicas, levando este aspecto em consideração, a tabela utilizada seria a 28.

O último passo é a interpretação do nível de inteligência da criança, que poderá se fazer após a obtenção do percentil, fazendo uso da tabela 26, que de acordo com os percentis traz os níveis: muito superior, superior, médio superior, médio, médio inferior, limítrofe e intelectualmente deficiente.

Essa tabela de classificação foi elaborada com base nas classificações apresentadas por Wechsler (1964), Matarazzo (1976), Raven, Court e Raven (1990) e Argeliniet al. (1999).

5.2 HTP: Casa-Árvore-Pessoa; Técnica Projetiva de Desenho

O teste projetivo escolhido foi o HTP, que é um teste que objetiva avaliar as principais características da personalidade, possibilitando-nos conhecer sobre a visão subjetiva que o sujeito tem de si mesmo e de seu ambiente. Ao obter informações sobre como esta pessoa experiencia sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar. Estimulando a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica.

Dentre os mais variados testes projetivos existentes, este, levando em consideração o seu custo benefício para o contexto a ser trabalhado, o da saúde pública, é uma ótima opção, e dá para extrair muitas informações do sujeito.

Uma técnica projetiva são provas ou tarefas não estruturadas que permitem ao examinando, diante de estímulos vagos ou ambíguos, revelar aspectos fundamentais de sua personalidade e projetar seu mundo psíquico através do modo como percebe e interpreta a situação apresentada pelo teste.

Na fundamentação teórica do teste, Buck (2009, p. 143), assinala que os desenhos são os primeiros indicadores clínicos a mostrar sinais de psicopatologia e os últimos a perder os sinais da doença, à medida que o indivíduo se recupera, e concluiu que os desenhos são mais fortemente sensíveis a tendências psicopatológicas que as outras técnicas projetivas.

Desde a sua elaboração, o HTP investigava uma medida do funcionamento intelectual como uma medida qualitativa da personalidade, é tanto que, inicialmente apresentava-se como uma medida de QI para adultos. (BUCK, 1948). Pois, levavam em consideração que a produção de desenhos envolve a capacidade intelectual requerida para se desenhar, mas as pesquisas realizadas sobre essa relação do QI e o HTP têm sido até o momento (2009), inconclusivas.

Mas sabe-se que, segundo Stern:

A técnica usada (em desenhos) atinge o nível do pensamento primitivo pictórico. Ele está no mesmo plano que o do próprio pensamento inconsciente... Parece que o afeto proveniente de uma figura alcança mais profundamente o inconsciente do que a linguagem, devido ao fato da expressão pictórica ser mais adequada ao estágio de desenvolvimento em que o trauma ocorreu; ela permaneceu mais dentro da amplitude do concreto e do físico do que a expressão verbal" (BUCK, 2009, p. 144 apud HAMMER, 1969, p. 3-4.)

Portanto, a testagem por meio dos desenhos é considerada muito útil no que concerne aos aspectos intrapsíquicos do sujeito que serão projetados através dos desenhos, sem que o sujeito precise verbalizar.

Buck (2009) escolheu a casa, a árvore e a pessoa para serem desenhados, porque são itens familiares a todos, até mesmo a crianças que são bastante novas. E esses itens são mais facilmente aceitos como objetos a serem desenhados por sujeitos de todas as idades e estimulam verbalizações mais livres

e espontâneas do que qualquer outro desenho, além de simbolicamente serem férteis em termos de significado inconsciente.

O teste pode ser administrado em crianças a partir dos 8 anos de idade, adolescentes, adultos e idosos.

O HTP envolve geralmente duas fases, onde a primeira é a não verbal, criativa e quase completamente não estruturada. Nesse primeiro momento o sujeito vai fazer o desenho acromático à mão livre, de uma casa, de uma árvore e de uma pessoa, e mais um desenho adicional de uma pessoa do sexo oposto à que foi desenhada primeiramente. Já a segunda fase, é um inquérito posterior ao desenho, no qual serão feitas perguntas relativas às associações do sujeito sobre os aspectos de cada desenho.

Havendo uma disponibilidade de tempo, o psicólogo poderá realizar mais duas fases, no qual o sujeito vai desenhar novamente os mesmos itens; a casa, árvore e a pessoa, só que dessa vez fazendo uso do giz de cera. Serão os desenhos cromáticos, que segundo o autor, o uso das cores por si, fornece dados adicionais de diagnóstico e prognóstico.

Quanto mais lento e mais indeciso se mostrar para escolher a cor de um detalhe ou desenho, haverá uma maior probabilidade de que o item a ser produzido tenha para ele uma significação maior do que a média (BUCK, 2009 p. 40).

E a outra fase, é o inquérito do desenho colorido, onde o psicólogo fará perguntas adicionais sobre os desenhos.

Dependendo do número de fases incluídas, a aplicação pode levar em torno de 30 minutos a 1 hora e meia. O manual traz que a administração pode ser individual ou coletiva.

Como via de regra para a administração de todos os testes, o ambiente deve ser minimamente confortável e adequado para a realização deste, o psicólogo deverá antes do teste, se possível, ter estabelecido o rapport, o sujeito deve estar bem fisicamente. Todas essas informações são para que fatores externos não influenciem no resultado final.

Para a realização do teste os materiais necessários são: o Protocolo para desenho do HTP e um Protocolo de Interpretação para cada conjunto (acromático e cromático) dos itens: casa, árvore e pessoa. Além de um Protocolo de Inquérito Posterior ao desenho e de interpretação do desenho e lápis preto nº2, borracha, folhas A4, apontador e giz de cera com pelo menos oito cores. (BUCK, 2009, pag. 05)

É fundamental o uso do manual no momento da aplicação para nortear o psicólogo, que irá instruir o sujeito de acordo com o que está escrito.

Por exemplo, na aplicação o psicólogo vai apresentar a folha de A4 em branco relativa ao desenho da casa (a folha deve ser apresentada ao sujeito com o eixo na horizontal), instruí-lo a escolher um lápis e dizer: "Eu quero que você desenhe uma casa. Você pode desenhar o tipo de casa que quiser. Faça o melhor que puder. Você pode apagar o quanto quiser e pode levar o tempo que precisar. Apenas faça o melhor possível". (BUCK, 2009, p. 06)

A partir daí, apesar do teste não haver um limite de tempo, deve-se começar a cronometrar assim que ver que a pessoa compreendeu bem a tarefa. E enquanto o desenho estiver sendo feito anotar no espaço "Observações gerais" na primeira página do protocolo: latência, ordem dos detalhes dos desenhos, duração das pausas, qualquer verbalização espontânea que surgir ou demonstração de emoção e o tempo total gasto para completar o desenho.

No momento dos desenhos da árvore e da pessoa, a folha deve ser entregue com o eixo na vertical, e dar a mesma instrução.

Após os desenhos, vêm à fase do inquérito, cujo objetivo principal é compreender o paciente extraindo o maior número possível de informações sobre o conteúdo e o contexto de cada desenho (BUCK, 2009, p. 07).

O próximo passo concerne à avaliação do desenho, em que será examinado o desenho quanto a sua localização, tamanho, orientação e a qualidade geral. Outros aspectos que serão observados são: a atitude do examinando para com o HTP que fornece uma ideia grosseira sobre sua disposição global para rejeitar uma tarefa nova, além da sua atitude com cada desenho. Aspectos relacionados ao tempo, latência e pausa, que pode fornecer

informações acerca dos significados dos objetos, o quanto o indivíduo gasta desenhando determinados detalhes, essas minúcias trazem interpretações sobre ele.

Outros fatores em relação ao desenho também serão avaliados como: proporção, perspectiva, detalhes e a cor (nos desenhos cromáticos), além do significado de cada item: casa-árvore-pessoa, o manual apresentará todas as instruções detalhadas e explicadas.

E após a realização do desenho, inquérito e avaliação do desenho, o teste nos dá possíveis interpretações acerca da personalidade daquele sujeito, que se aliado a uma boa entrevista inicial, fomentará um diagnóstico e prognóstico mais preciso.

Pois, diante do desenho e toda a sua contextualização será possível avaliar conflitos familiares, capacidade do indivíduo agir sob estresse e tensões nos relacionamentos íntimos, capacidade de avaliar criticamente suas relações com o ambiente, sentimentos de equilíbrio e pressões interpessoais, impulsos sexuais, ansiedade, tendências depressivas, baixo nível de energia, sentimento de inferioridade, personalidade desorganizada, imaturidade, problemas de ajustamento, insegurança, timidez, possível agressividade, distúrbio emocional, passividade e dependência, possíveis obsessões, dentre outros aspectos possíveis de avaliar no HTP.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o que foi visto até aqui, pôde-se perceber a importância e grande contribuição que o psicólogo tem fornecido ao ter sido incluído no programa do NASF, com uma visão mais humanizada voltada para a singularidade do sujeito, e dando a merecida atenção a sua subjetividade, não o vendo como uma doença, mas como um ser de possibilidades.

E nesse engajamento, com o olhar mais atencioso do psicólogo, o seu instrumento o psicodiagnóstico, tem uma grande parcela de contribuição no que tange ao sucesso de um diagnóstico respaldado sob a luz de uma teoria bem fundamentada.

Mas, mesmo com todo um esforço profissional envolvido nas suas atividades, o psicólogo se vê a mercê do programa, não tendo espaço suficiente para poder trabalhar da forma adequada e como se quer, como exemplo que pode fugir do controle e não estão sob a responsabilidade deste, é a própria estrutura física, que muitas vezes em um único ambiente ocupa dois, três ou quatro profissionais da equipe, cada qual tem seus instrumentos, e com isso fica difícil transformar essa sala num lugar terapeutizante conforme manda a recomendação do CFP para uma boa acomodação do paciente.

Outro aspecto é em relação aos profissionais que compõem o sistema, o NASF é para ser realizado um trabalho multi e interdisciplinar, havendo trocas de informações sobre o estado do paciente, reuniões, planejamentos em prol da qualidade de vida do usuário, e o que ainda se vê hoje em alguns lugares, são os profissionais trabalhando de forma individualizada, cada qual no seu espaço e o psicólogo visto apenas como um clínico, que ao ver dos outros colegas de equipe, a sua função parece ser exclusiva terapeuta, e como vimos, a atuação do psicólogo no programa não se resume a isso, vai muito mais além. Inclusive realizando trabalhos voltados para os próprios profissionais da ESF.

Como instrumento do psicólogo, os testes psicológicos, foram mencionados e explanados no decorrer deste trabalho, sem dúvidas eles enriquecem a compreensão dinâmica dos casos, que apesar de ser bastante

proveitoso, o psicólogo não deve deter-se apenas aos seus resultados isolados, mas sim, o mérito de diagnósticos contundentes deve ser dado ao processo do psicodiagnóstico no geral, além do bom preparo profissional.

No mais, a ideia do programa é excelente, teoricamente o trabalho do psicólogo é muito abrangente, mas a realidade é outra, porque as equipes são constituídas de pessoas, e cada uma pensa e reage de maneira diferente. Mas, ao final o que importa é que o psicólogo vem se destacando e conquistando espaços maiores, pois o NASF não deixa de ser um chamado à Psicologia, um desafio colocado aos psicólogos (e a outros profissionais de saúde) para contribuir efetivamente na construção da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042013000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2014.

ARCARO, N. ; HERZBERG, E. ; TRINCA, W. . O Psicodiagnóstico Infantil no Atendimento Psicológico A Populações Carentes. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica**, v. 5, n. 1, p. 37-52, 1999. Disponível em:<http://www.aidep.org/03_ridep/R07/R073.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília, v. 1 e 2, 1 ed. Jun. 2000. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>Acesso em: 16 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008: Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Brasília, 2008. 01 – 13 p. Disponível em:<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/nucleo_apoio_saude_familia/portarias/Portaria.pdf>Acesso em: 25 ago. 2014.

BUCK, John N. HTP: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: guia de interpretação / John N. Buck; tradução Renato Cury Tardivo; revisão Iraí Cristina Boccato Alves. – 2. Ed. – São Paulo: Vetor, 2009. – (Coleção HTP ; v. 1)

CLEMENTE, Anselmo. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica**. São Paulo, v. 17, n 1, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/16.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

Conselho Federal de Psicologia – CFP. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 01. ed. 2009. Disponível em:<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico V. 05.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 2p. 23, Cap. 5 p. 48, Cap. 10 p. 94, Cap. 11 p. 106 – 110.

DEBARBA, Natália; KRUG, Jefferson Silva. **Indicadores utilizados por psicólogos de orientação psicanalítica para avaliação de crianças através da entrevista lúdica.** 2010. 27 f. TCC (Graduação em Psicologia) - Faculdades Integradas de Taquara - Faccat, Taquara, 2010. Disponível em: <<http://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/section/98/natalia.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

EFRON, A.M. et. al. **A hora do jogo diagnóstica.** In: Ocampo, M.L.S.; Arzeno, M.E.G et. al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FREITAS, Fernanda Andrade; NORONHA, Ana Paula Porto. **Clínica-escola: levantamento de instrumentos utilizados no processo PSICODIAGNÓSTICO.** São Paulo, v. 9, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v9n1/9n1a08.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2014.

FORMIGA, Nilton Soares; MELLO, Ivana. Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 2, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2014.

FERREIRA NETO, João Leite. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414989320100200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2014.

MICHELLE, Ana. **A Hora do Jogo Diagnóstica.** 2009. Disponível em: <<http://psicopedagogiaeducacao.blogspot.com.br/2009/09/horadogodiagnostica.html>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

OLIVEIRA, Inajara Carla; ROCHA, Renata Mancopes; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000600019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2014.

O Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" – CEJAM. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. São Paulo s/a. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/index.php?pg=gest_nasf>. Acesso em: 25 ago. 2014

OLIVEIRA, Roberta Ferreira de. **A PSICOLOGIA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**. 2012. 2 f. TCC (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, 2012. Disponível em: <<http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/DVD/PDF/EN0000001715.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

OCAMPO, Maria L. S. de; ARZENO, Maria E. Garcia. **O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

OLIVEIRA, Rynaldo de; ROSA, Helena Rinaldi; ALVES, Iraí Cristina Boccato. **R-2 : Teste não verbal de inteligência para crianças : manual**. São Paulo: Vetor, 2000.

PADILHA, Alexandre Rocha Santos. **CONASS - Nota Técnica (NASF)**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/NOTASTÉCNICAS2012/NT44_2012 - NASF.pdf](http://www.conass.org.br/NOTASTÉCNICAS2012/NT44_2012-NASF.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

POLETTTO, Raquel Conte. Demandas do processo psicodiagnóstico: considerações teóricas e clínicas sobre as vivências das estudantes de psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 3, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2014.

PINTO, Elza Rocha. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2014.

REIS, Silvia (Org.). **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - conceitos e diretrizes**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

ROSA, Helena Rinaldi. R-2: Teste não-verbal de inteligência para crianças - Pesquisa Piloto com crianças da cidade de São Paulo. **Psic**, São Paulo, v. 4, n. 2, dez. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142003000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 set. 2014.

SILVA, Silvia Maria Cintra da; RIBEIRO, Maria José; MARCAL, Viviane Prado Buiatti. Entrevistas em psicologia escolar: reflexões sobre o ensino e a prática. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 8, n. 1, Jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572004000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2014.