
O DESENHO DA FIGURA HUMANA DE ADOLESCENTES PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DIABETES

Yael GOTLIEB BALLAS

Universidade Santo Amaro - UNISA - SP - Brasil

IRAI CRISTINA BOCCATO ALVES

LITEP – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - SP - Brasil

WALQUIRIA FONSECA DUARTE

LITEP – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e UNISA - SP - Brasil

RESUMO

A adolescência é um período de intensas transformações, tanto biológicas quanto psicológicas. Somando-se ainda uma doença como o Diabetes Mellitus, que exige muitas restrições, este período tende a ficar ainda mais conflituoso. Partiu-se da hipótese de que os adolescentes portadores de diabetes apresentariam características singulares em sua imagem corporal pelas implicações da doença, quando comparados aos não portadores. Para investigar estas diferenças foram aplicados o Desenho da Figura Humana e o Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes. A amostra foi composta por 62 adolescentes com idades entre 14 e 20 anos, 36 do sexo feminino e 26 do masculino, 31 com diabetes e 31 sem. Os desenhos foram analisados por meio da sistematização de Machover (1949), adaptada por Lourenção Van Kolck (1984). Os resultados indicaram que os portadores de diabetes apresentaram características particulares de personalidade como efeito da doença.

Palavras-Chave: Desenho de Figura Humana; adolescência; Diabetes Mellitus Insulino Dependente.

ABSTRACT

HUMAN FIGURE DRAWINGS OF DIABETIC AND NON DIABETIC ADOLESCENTS

Adolescence is a period of intense body changes, either biological either psychological. Diabetes Mellitus, a disease that imposes many restrictions, can make worse this stage. The hypothesis of this research was that the body image of diabetic adolescents would present singular features when compared to adolescents without the disease, mainly due to the disease. The Draw a Person Test and the Draw a Diabetic Person were applied to investigate these differences. The sample was composed by 62 adolescents, aged 14 to 20 years old, 36 female and 26 male adolescents, 31 with diabetes and 31 without. The Draw a Person Test and the Draw a Diabetic Person were analyzed according to the Machover (1949) evaluation, adapted by Lourenção Van Kolck (1984). Results indicated that adolescents with diabetes presented some special personality characteristics, as an effect of the disease itself.

Key words: Draw-a-Person; adolescence; Insulin Dependent Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus Insulino Dependente* é definido como um desarranjo do metabolismo associado à deficiência total de insulina (hormônio responsável pela metabolização da glicose no organismo) resultado da carência do funcionamento das células β das ilhotas de Langerhans do pâncreas (www.diabetes.org.br, 2005). A doença, também conhecida como Diabetes tipo I ou Diabetes Juvenil, afeta basicamente crianças e adolescentes e impõe a necessidade de fazer uso continuado de insulina exógena. O desencadeamento da doença é multivariado, podendo ser ocasionado pela vivência de uma situação de estresse psicológico ou físico, gripes fortes ou algumas infecções.

O objetivo do tratamento é a normalização da homeostase metabólica, caracterizada pelo balanceamento entre o suprimento e a demanda de insulina, que é realizada por meio de dieta alimentar, de exercícios físicos controlados e da insulinoterapia. A meta é evitar alterações glicêmicas que possam levar ao surgimento de complicações crônicas, a médio e longo prazos (www.diabetes.org.br, 2005).

Do ponto de vista do paradigma biomédico, a adolescência é definida como fase de transição entre a infância e a vida adulta, ocorre normalmente entre 12 e 18 anos (Brasil, 1990) e é marcada por transformações caracterizadas por mudanças de cunho biológico, que tendem a desencadear as de ordem psicológica e social. É nesta fase que ocorrem importantes processos de afirmação da personalidade, do exercício pleno da sexualidade, do alcance do potencial de desenvolvimento, da concretização de projetos de vida e da conquista de autonomia e auto-estima.

Conforme a Psicanálise, para alcançar a maturidade é necessário que o adolescente atravesse provas, supere certa quantidade de obstáculos, solucione crises oriundas de seu íntimo e/ou produzidas pelas pressões do meio social. Segundo a sua sensibilidade particular, a sua fragilidade ou a sua força, a presença ou não de um “projeto de vida”, o adolescente encontrará maiores ou menores dificuldades para superar esta passagem, porém todos os adolescentes deverão, em algum momento, realizá-la (Dolto, 1989).

A capacidade imaginativa do adolescente é, de modo geral, intensa. Freud (1908/1987) sugere ser este um período privilegiado de vida imaginativa que permite a articulação entre a subjetividade infantil e a adulta, momento no qual os devaneios teriam por função libertar os adolescentes de seus pais. Assim, se o adolescente dispuser de um projeto de vida, estará em condições de se separar de seus pais e ir em busca de seus desejos e realizações.

A Psicanálise não entende o corpo como pertencente unicamente ao campo anátomo-fisiológico. Deste modo, não se trata de priorizar as transformações apenas do ponto de vista de um corpo que amadurece biologicamente, mas, prioritariamente, pensar em um corpo que sofre mudanças de caráter totalmente subjetivo: “a adolescência é o momento em que, sob o olhar do outro, o sujeito deve se reapropriar de uma imagem de corpo transformado” (Rappaport, 1993, p. 16).

Na linguagem corriqueira, o indivíduo portador de diabetes é chamado “diabético” por pais, irmãos, pares e profissionais da área da saúde e da educação. Neste trabalho utiliza-se o termo portador de diabetes, significando que a doença é uma parte e não o todo em si.

Autores como Neuhaus (1958), Seigel, Golden, Gough, Lashley e Sacker (1990), Hamlett, Pellegrini e Katz (1992), Milousheva, Kobayashi e Matsui (1996), Kovacs, Goldston, Obrosky e Bonar

(1997), Kovacs, Obrosky, Goldston e Drash (1997) e Kohen, Burgess, Catal e Lant. (1998) chegam a falar especificamente em “*personalidade de doente crônico*”. Logo, há uma rotulação do sujeito: ele não é portador de uma doença que impõe certas mudanças de comportamento ou dificuldades de ordem emocional; ele é apenas doente e, como resultado disto, segue um padrão. Celli (1978), Keltikangas-Jaervinen (1987), Kraal, Szajnberg, Hyams, Treem e Davis (1995), Stefanatou e Bowler (1997) e Dunn, Welch, Butow e Coates (1997) descrevem que eles apresentam baixa auto-estima, têm comportamentos regressivos, são dependentes especialmente das figuras parentais, são deprimidos, ansiosos, inseguros e mal adaptados do ponto de vista social. Uma pesquisa relativa à ansiedade foi apresentada por Ballas, Alves e Duarte em 2006.

Enquanto os adolescentes sem doença crônica costumam viver “naturalmente” as transformações corporais e mudanças relativas ao ser (estabelecimento de valores, reconhecimento dos limites, incorporação das leis e descobrimento de suas reais possibilidades), os portadores de diabetes não o fazem do mesmo modo. Eles têm um corpo que se configura e se apresenta como diferente, afinal está marcado pela presença da doença. Eles têm que conviver com uma falha de ordem biológica, sem dúvida, mas que, neste período específico de vida, assume também um caráter de falha narcísica.

Todos os indivíduos precisam ter uma crença, por mais precária que seja, de que têm algo de bom para oferecer aos outros, que são possuidores de certa quantidade de qualidades que podem ser apreciadas pelos demais, porque, só assim, os relacionamentos sociais e afetivos podem ocorrer. Porém, a este adolescente se faz presente uma série de perguntas: o que oferecer, senão um corpo doente, lesado pelo mal? O que fazer de sua vida se existe a possibilidade da morte real, mais próxima do que para pessoas sadias? O jovem precisa encontrar apoio em seu narcisismo para superar esta vivência e, assim, abrir possibilidades de vínculo. No fundo, ele tende a ficar com a idéia de que é mesmo um doente, que precisa de tratamento e isto pode se tornar um obstáculo para estabelecer relações íntimas e duradouras (Freud, 1914/1987).

As técnicas projetivas oferecem ótima condição para investigação da personalidade, pois permitem a manifestação daquilo que o sujeito não tem conhecimento, não quer ou não pode revelar, isto é, seus aspectos inconscientes. Entre as *técnicas projetivas*, destaca-se o *Desenho da Figura Humana* (DFH), especialmente porque está pouco sujeito à manipulação consciente como a verbalização direta (Machover, 1949; Lourenção Van Kolck, 1984). As crianças e os adolescentes transmitem conteúdos em seus desenhos que nunca seriam capazes de expressar em palavras, mesmo que estivessem inteiramente conscientes de alguns sentimentos que os atormentam (Hammer, 1991).

O significado do Desenho da Figura Humana tem suas bases no conceito de imagem corporal, porque o sujeito, ao responder à solicitação de desenhar uma pessoa, representa na folha de papel (tomada como meio ambiente) a imagem do corpo que possui. O desenho pode representar um tipo especial ou, então, alguém que ele desgosta. Este fato não invalida o teste, já que o sujeito não desenhava a própria imagem, mas, pelo contrário, possui valor inestimável, pois permite apreender o que há de mais profundo. Como explicita Lourenção Van Kolck (1984, p. 17):

Quando alguém se dispõe a desenhar uma pessoa deve, necessariamente, referir-se a todas as imagens de si próprio e de outras pessoas que povoam a sua mente. Desde que a organização do eu em termos de foco central e atitudes é essencialmente se-

letiva, isto é, desde que seja um produto de experiências, identificações, introjeções e projeções, segue-se, naturalmente, que a imagem composta que constitui a figura desenhada está intimamente ligada ao eu em todas as suas ramificações.

Desta forma, a imagem construída está impregnada pela presença de estereótipos culturais e sociais e de imagens decorrentes de sua própria experiência privada e, especialmente, única.

Na revisão da literatura sobre o uso do Desenho da Figura Humana com portadores de Diabetes Mellitus foram encontradas poucas pesquisas. Entre elas se destacam as de Celli (1978) com crianças, de Garcia-Viniegras, Hernandez e Gutierrez (1983) com adultos portadores de Diabetes tipo II, de Di Lullo, Ranzini e Zavattini (1985) com adolescentes de 16 anos de idade, de Nuvoli, Maioli, Ferrari, Pala e Chiareti (1989) com pré-adolescentes de ambos os sexos e de Kaufman e Hersher (1971), que pesquisaram especificamente como portadores de diabetes representavam o corpo interno. No Brasil ainda foi localizado o trabalho de Costa (2002), que apresentou dois estudos de caso de dois pacientes adultos do sexo masculino, em que foram usados o DFH e o DFH com tema, em que foi solicitado o Desenho de uma Pessoa com Diabetes e a respectiva estória.

Alguns estudos foram feitos com outras patologias orgânicas crônicas, distúrbios psiquiátricos ou enfermidades psicológicas com a técnica do Desenho da Figura Humana como o trabalho de Lourenção Van Kolck (1972) com pessoas “especiais”, a pesquisa de Oas (1985) com impulsividade, de Rekers, Rosen e Morey (1990) com distúrbios de gênero e a investigação de Naglieri e Pfeiffer (1992) com distúrbios emocionais em pacientes psiquiátricos adolescentes. Com amostras de adolescentes e pré-adolescentes sem patologias destacam-se ainda os trabalhos de Lourenção van Kolck (1966), Schildkrout, Shenker e Sonnenblick (1972) e de Campagna e Souza (2004).

Também foram encontrados estudos com outras técnicas projetivas com figuras humanas como o Desenho Cinético da Família de Sayed e Leaverton (1974), o de Baldaro, Farici, Zanetti, Salardi e Cacciari (1986) com o Desenho da Família, o de Marcelino e Carvalho (2008) com o HTP e o Teste da Árvore em seis crianças, o de Pereira, Menegatti, Percegon, Aita e Riella (2007) com o HTP em 13 pacientes adultos.

Partindo do conceito psicanalítico de adolescência, a hipótese deste trabalho é a de que o adolescente portador de diabetes apresentaria particularidades em termos do estabelecimento da imagem corporal, quando comparado aos não portadores, exatamente pela presença da doença. Assim, sua imagem corporal, representada graficamente, apresentaria pelo menos algum traço que a tornaria “doente”, algo como deformações na área da boca ou em alguma parte diretamente relacionada com a doença, como braços e pernas que recebem aplicação de insulina, ou na região dos olhos que podem adoecer e levar à cegueira. O objetivo deste trabalho é verificar a existência de diferenças nas representações do Desenho da Figura Humana (DFH) e do Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes (DDP) entre adolescentes portadores e não portadores de diabetes.

MÉTODO

Sujeitos

A amostra foi composta por 62 adolescentes com idades de 14 a 20 anos, sendo 31 portadores de diabetes e 31 não portadores, 36 do sexo feminino e 26 do masculino. A coleta de dados

foi realizada em 2004. O grupo de portadores foi composto por adolescentes que desenvolveram a doença há pelo menos 12 meses e não apresentavam quaisquer indícios de complicações crônicas. Eram provenientes das Associações do Diabetes Juvenil (ADJ), de Diabéticos de Osasco (ARADO), do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo ou foram encaminhados por médicos com consultórios particulares. O grupo controle foi constituído por jovens não portadores de doenças crônicas, indicados pelos participantes do outro grupo ou provenientes de uma escola particular e de uma instituição assistencial, que atende jovens carentes. A Tabela 1 mostra distribuição da amostra por idade, grupo e sexo.

Tabela 1. Distribuição de Frequência das idades por grupo e sexo

Idade (anos)	Portadores de diabetes				Controle			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
14	1	7,7	4	22,2	2	15,4	3	16,7
15	3	23,0	3	16,7	1	7,7	2	11,1
16	-	-	3	16,7	2	15,4	4	22,2
17	4	30,8	4	22,2	3	23,0	5	27,8
18	1	7,7	-	-	1	7,7	3	16,7
19	2	15,4	3	16,7	2	15,4	1	5,5
20	2	15,4	1	5,5	2	15,4	-	-
Total	13	100,0	18	100,0	13	100,0	18	100,0

A maioria dos participantes não trabalha (80,6% dos portadores e 90,3% dos controles), 48,4% dos portadores estuda em escolas públicas e 48,4% em particulares, entre os controles essa proporção é de 22,6% em públicas e 71,0% em particulares. A prática de esportes é realizada por 70,9% dos portadores e 83,9% dos controles. A Tabela 2 apresenta os dados relativos à série e ao nível de ensino.

Tabela 2. Caracterização da escolaridade da amostra

Escolaridade	Diabetes		Controle	
	N	%	N	%
7ª e 8ª séries E. Fund.	5	16,1	3	9,7
1º ano E. Médio	6	19,4	4	12,9
2º ano E. Médio	1	3,2	11	35,5
3º ano E. Médio	8	25,8	5	16,1
Cursinho	4	12,9	-	-
Ensino Superior	6	19,4	6	19,4
Não estuda	1	3,2	2	6,4

Quanto à escolaridade dos pais, apenas 22,5% dos portadores e 25,8% dos controles têm escolaridade equivalente ao Ensino Fundamental completo ou incompleto e os demais apresentam maior nível de escolaridade. Para as mães esse nível de escolaridade corresponde a 22,6% e 38,7% respectivamente. Quanto às características da doença dos portadores de diabetes, o tempo médio da doença era de 6 anos e 7 meses; 58,1% não tiveram internações. Entre os que foram internados, 69,2% o foram por hipoglicemia e 30,8% por hiperglicemia, sendo que 67,7% foram atendidos no sistema de saúde privado, incluindo convênios. A Tabela 3 mostra outros dados sobre este grupo.

Tabela 3. Características da doença do grupo de portadores de diabetes

Características	Modalidades	N	%
Frequência do atendimento	1 vez por mês	5	16,1
	1 vez a cada 2 meses	10	32,3
	1 vez a cada 3 meses	13	41,9
	outros	3	9,7
Outros tratamentos	Sim	13	41,9
	Não	18	58,1
Tipos de tratamentos *	Enfermagem	1	6,67
	Nefrologista	1	6,67
	Nutricionista	9	60,0
	Ortomolecular	1	6,66
	Psicologia	3	20,0

* Podiam assinalar mais de uma especialidade

Material

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O termo de consentimento foi assinado tanto pelos pais ou responsáveis quanto pelos adolescentes, conforme a Resolução 016/2000, que dispõe sobre a realização de pesquisa com seres humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2000). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

2. Questionários de identificação e levantamento do estado geral de saúde

O questionário de identificação com itens sobre sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico foi preenchido por todos os participantes. Um questionário versava sobre o desenvolvimento da doença e o curso do tratamento, para o grupo com doença, e o outro, sobre o conhecimento da diabetes e estado geral de saúde, para o grupo controle.

3. Desenho da Figura Humana

Foram solicitados os Desenhos da Figura Humana de ambos os sexos, produzidos na sequência desejada pelos sujeitos da amostra.

4. Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes

Cada um dos participantes confeccionou um Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes (DPD), decidindo sobre o sexo da figura. A escolha pelo DPD pautou-se nos estudos e pesquisas realizados com a utilização de desenhos temáticos para investigação ampla da personalidade ou de algum aspecto em particular.

Procedimento

Os dados foram coletados na residência do adolescente, em data marcada previamente, com a anuência dos pais ou responsáveis. As exceções ocorreram no grupo controle, pois algumas entrevistas foram feitas na casa da aplicadora e outras na escola ou na instituição freqüentada por eles. Antes de iniciar a participação na pesquisa, o termo de consentimento foi assinado pelo adolescente e pelos pais ou responsáveis.

No caso dos adolescentes portadores de diabetes, a aplicação foi iniciada pelo questionário de identificação, seguido do relativo ao desenvolvimento e estado atual do diabetes. Para o grupo controle a seqüência foi o questionário de identificação, a parte referente ao conhecimento sobre o diabetes e o estado geral de saúde.

Depois desta etapa e do estabelecimento de um bom *rappor*t, incluindo a explicação dos motivos da pesquisa, foram solicitados os Desenhos da Figura Humana e o da Pessoa Portadora de Diabetes. Para a realização dos desenhos foram entregues aos sujeitos folhas de papel sulfite tamanho A4 (uma de cada vez), lápis preto nº 2 e borracha.

Com o material à frente do sujeito, foram dadas as instruções para a realização do Desenho de Figura Humana, como propõe Machover (1949): “*Desenhe uma pessoa*”. Ao encerrar, o desenho foi retirado da vista do sujeito e nova folha de papel entregue, com a solicitação do novo desenho: “*Desenhe uma pessoa do outro sexo*”. A instrução dada deste modo permite que não haja qualquer tipo de intromissão na fantasia. Ou seja, do mesmo modo que o indivíduo escolheu o sexo da primeira figura e sua respectiva idade, ele pode também escolher a idade da segunda representação, visto que a instrução é aberta. Depois destes, solicitou-se: “*Desenhe uma pessoa portadora de diabetes*”.

No decorrer da coleta de dados, não houve qualquer contratempo durante as aplicações. O tempo médio foi de 35 minutos, sendo gastos em média 10 minutos para apresentação da pesquisa e para o preenchimento dos questionários e o restante do tempo foi usado para confecção dos desenhos.

Os desenhos foram analisados por uma psicóloga com larga experiência em técnicas projetivas gráficas. Esta recebeu o trio dos desenhos apenas com os primeiros nomes dos adolescentes, ou seja, desconhecia se o mesmo era portador de diabetes ou do grupo controle. Todos os desenhos foram analisados em termos de seus aspectos gerais, formais e de conteúdo, em um total de 171 itens, conforme a sistematização estabelecida por Lourenção Van Kolck (1984), a partir das interpretações propostas por Machover (1949). A comparação foi realizada pelo pareamento do DPD com o DFH, independente do sexo do desenhista. Assim, por exemplo, se uma adolescente fez o DPD do sexo masculino, o DFH do mesmo sexo é que foi pareado e analisado, mesmo ela sendo do sexo feminino.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados provenientes dos questionários e dos desenhos foram tabulados e o conjunto foi analisado a partir de frequências absolutas e relativas. Para verificar a ocorrência de diferenças estatisticamente significantes, foram feitos testes de associação, por meio da estatística *qui-quadrado* (χ^2) ou do teste exato de Fisher, testes da mediana (Mann-Whitney) e teste dos sinais (de McNemar), adotando o um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) (Berquò, Souza e Gotlieb, 1982 e Siegel, 1956). Em alguns casos foi adotado nível de significância de 10% ($\alpha=0,10$) apenas para apontar para uma tendência de diferenças entre os resultados obtidos.

A análise dos desenhos foi pautada em quatro tipos de comparação:

1. Comparação dos Desenhos da Figura Humana (DFH) do grupo de portadores de diabetes com os do grupo controle; 2. Comparação dos Desenhos da Pessoa portadora de Diabetes (DPD) do grupo de portadores de diabetes com os do grupo controle; 3. Comparação dos Desenhos da Figura Humana (DFH) com os Desenhos da Pessoa portadora de Diabetes (DPD) do grupo de portadores de diabetes; e 4. Comparação dos Desenhos da Figura Humana (DFH) com os Desenhos da Pessoa portadora de Diabetes (DPD) do grupo controle. A partir da organização dos dados foi realizada uma prova estatística para testar a associação entre duas variáveis (teste do qui-quadrado), isto é, a partir da distribuição das frequências, foi investigado se havia diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (nível de significância de 5%).

Tabela 4. Frequência percentual dos itens do DFH com diferenças significantes entre os grupos

Item do DFH	Diabetes	Controle
Localização central	25,8	3,2
Simetria exagerada	19,4	3,2
Quantidade normal de cabelos	39,3	13,3
Cabelos não destacados da cabeça	89,3	56,7
Cabelos desordenados	32,1	46,7
Tamanho pequeno da boca	3,3	24,1
Largura média das pernas	69,2	37,0
Uso de traje de praia ou esporte	14,3	10,7
Uso de traje comum completo	50,0	78,6

Pode-se observar que os itens *localização central do desenho*, *simetria exagerada*, *quantidade normal de cabelos*, *cabelos não destacados da cabeça*, *largura média das pernas* e *uso de traje de praia ou esporte* foram mais frequentes nos desenhos dos adolescentes portadores de diabetes. Os itens *cabelos desordenados*, *tamanho pequeno de boca* e *uso de traje comum completo* foram mais frequentes nos desenhos dos adolescentes não portadores de diabetes (Tabela 4).

De modo geral, a representação do Desenho da Figura Humana apresentou-se mais adequadamente caracterizada entre os portadores de diabetes do que entre os não portadores. Pode-se dizer, então, que os portadores tenderam a valorizar mais esta figura, enquanto os do grupo controle demonstraram os conflitos comuns da adolescência pela presença, especialmente, das dificuldades na apresentação dos cabelos, aspecto totalmente vinculado à expressão da sexualidade.

Nuvoli et al. (1989) descreveram situações opostas às encontradas nesta pesquisa. Segundo os autores, os desenhos dos adolescentes do grupo controle eram mais cuidados que os realizados pelos adolescentes portadores de diabetes e, em relação à localização do desenho, encontraram localização central mais freqüente.

Tabela 5. Freqüência percentual dos itens do DPD com diferenças significantes entre os grupos

Item do DPD	Diabetes	Controle
Sucessão do desenho	61,3	83,9
Tamanho grande da boca	58,6	31,0
Tamanho pequeno da boca	3,4	20,7
Largura média de braços	29,6	63,0
Uso de traje comum incompleto	30,8	7,4

Em relação ao DPD (Tabela 5), foram encontradas no grupo de portadores de diabetes freqüências maiores para os itens *tamanho grande da boca* e *uso de traje comum incompleto* e freqüências maiores no grupo controle para as categorias *sucessão do desenho*, *tamanho pequeno da boca* e *largura média dos braços*. A maior freqüência *do traje comum incompleto* pode sugerir que estes adolescentes estariam menos adequados à realidade e apresentariam tendência ao isolamento, visto que as roupas são vistas como preocupação com a aparência social (Lourenção Van Kolck, 1984).

A característica de isolamento também apareceu com elevada freqüência nos desenhos da família dos adolescentes portadores de diabetes, na pesquisa realizada por Sayed e Leaverton (1974), em aspectos como separação da figura de identificação do resto dos membros da família, incluindo barreiras reais. Além destes, alguns estudos sobre o comportamento social destes jovens também descreveram a tendência ao isolamento e à introversão (Lloyd, Robinson, Andrews, Elston e Fuller, 1993; Seiffge-Krenki, 1997; Gardner, 1998).

A diferença no tamanho da boca, um dos elementos do corpo mais vinculados com o diabetes, pode ser considerada uma representação simbólica relativa à dieta alimentar. Mais da metade dos adolescentes portadores de diabetes desenhou bocas grandes, expressando o desejo de poder colocar tudo que quisessem dentro dela (comer sem limites). Já, a maioria dos controles, sabendo da necessidade de privação do açúcar (conhecimento explicitado no questionário), fez a pessoa com boca pequena, ou seja, as figuras foram representadas como interdidas de comer o que eles próprios, sadios, podem comer.

Tabela 6. Frequência percentual dos itens com diferenças significantes entre DFH e DPD no grupo com diabetes

Item	DFH	DPD
Tamanho grande do nariz	44,8	18,5
Largura fina de braços	19,2	55,6
Largura média de braços	73,1	29,6
Dedos das mãos compridos	44,4	14,3
Dedos das mãos arredondados	5,6	33,3
Largura fina das pernas	11,5	38,5
Ausência de acessórios	87,1	61,3

A comparação entre o DFH e o DPD para o grupo de portadores de diabetes (Tabela 6) mostra que os DFH apresentaram maior frequência de *tamanho grande do nariz*, *largura média de braços*, *dedos compridos* e *ausência de acessórios*, enquanto os DPD tiveram maior frequência de *pernas e braços finos* e *dedos das mãos arredondados*. Em relação à largura dos braços, nota-se uma maior tendência de desenhar os DPD de *braços finos* e os DFH com *braços médios*. Assim, nos portadores, os braços convertem-se em estruturas mais frágeis do que na primeira figura, que é considerada como a idealizada.

No DFH, os portadores de diabetes fazem com mais frequência dedos compridos e, por outro lado, no DPD a frequência de dedos arredondados é mais elevada. Segundo Lourenção van Kolck (1966; 1984), os dedos compridos devem ser associados a comportamento agressivo, enquanto os dedos arredondados estariam mais perto da representação real não tendo interpretação específica.

Desta forma, a representação do DFH estaria mais associada às tentativas de crescimento, típicas da adolescência, visto que a agressividade não precisa ser considerada como comportamento anti-social, mas a maneira pela qual os adolescentes conseguem se libertar do jugo familiar (Dolto, 1989, 1990; Aberastury e Knobel, 1992). Porém a produção realizada no DPD mostra-se mais frágil, representando mais o *status* real da doença.

Tabela 7. Frequência percentual dos itens com diferenças significantes entre DFH e DPD no grupo controle

Item	DFH	DPD
Comprimento longo de braços	32,1	7,4
Braços pendentes ao longo do corpo	32,1	66,7

Quanto à comparação do DFH com o DPD do grupo controle, os dados mostram que, com maior frequência, os adolescentes não portadores fazem *braços pendentes ao longo do corpo* no DPD e *braços compridos* com mais frequência no DFH (Tabela 7). Desta forma, ao representar uma figura com braços longos, parece que os adolescentes estão em busca de alguma coisa, ou seja, abertos para novas conquistas, porém tal característica não aparece na figura portadora de doença. Assim, estes

estariam sendo colocados em lugar de pouca busca e, conseqüentemente, de pouca satisfação. Deixar os braços pendentes ao longo do corpo é o mesmo que incapacitar as pessoas para o movimento, o que para Lourenção Van Kolck (1984) é sinal de inatividade. Dados semelhantes foram encontrados por Ballas e Alves (2001) em pesquisa sobre a representação de portadores de diabetes, em estudantes de um curso de Psicologia. Houve também maior freqüência de braços pendentes no desenho da pessoa portadora de diabetes.

Mesmo que as diferenças apresentadas e as discussões realizadas devam ser consideradas com muita cautela, pois se referem a diferenças de categorias de variáveis entre dois desenhos, levantam-se algumas hipóteses sobre uma tendência nas produções de cada um destes grupos. Assim, há aspectos que sugerem certa dificuldade na reprodução, tanto no DPD, quanto no DFH, pelo grupo de portadores, bem como, algum tipo de embaraço na reprodução do DFH para o grupo controle.

Os participantes do grupo controle também apresentam problemas ou, no mínimo, questões na construção e sustentação de sua imagem corporal. Portanto, independentemente da condição orgânica, todos teriam dificuldades com a identificação, na adolescência.

Foram realizados testes de qui-quadrado de Pearson e de McNemar para as 171 variáveis para verificar se existiam diferenças entre os desenhos do DFH e DPD. Foram detectadas poucas diferenças estatisticamente significantes entre os respectivos desenhos, porém vale ressaltar algumas limitações:

- a) muitas vezes, não foi possível calcular o Qui-quadrado, pois não havia número suficiente de respostas em cada uma das categorias das variáveis;
- b) em alguns itens, o Qui-quadrado de Pearson não pode ser utilizado, pois a freqüência não correspondia a um número mínimo de respostas;
- c) o tipo de análise realizada, das variáveis estabelecidas por Machover, não possibilitou reunir categorias e o número total de respostas não permitiu a aplicação de provas estatísticas adequadas; e
- d) pode-se supor que, se a amostra fosse maior, poderia haver maior possibilidade de serem encontradas diferenças significantes.

Tabela 8. Freqüência de portadores de diabetes quanto à presença de acessórios no DFH e DPD

DFH	DPD		Total
	Presença	Ausência	
Presença	2	2	4
Ausência	10	17	27
Total	12	19	31

Na comparação do DFH e DPD do grupo dos adolescentes portadores de diabetes, somente o item *acessórios* (cadeira, muleta, injeção) apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 8). Observa-se que no DFH quatro adolescentes portadores de diabetes colocaram acessórios; já no

DPD, a frequência passou para 12, sendo a diferença entre os desenhos estatisticamente significativa, com maior frequência de acessórios no DPD ($p=0,04$). Vale sublinhar a mudança de padrão na produção: dois dos sujeitos que colocaram acessório no DFH, não os mantiveram no DPD e dos 27 adolescentes que não fizeram uso de acessórios no DFH, 10 os representaram no DPD. Pode-se concluir, então, que os portadores precisam de um algo a mais para caracterizar a doença. E este algo a mais está externo ao corpo. Logo, o corpo seria visto como idêntico ao corpo de uma pessoa sem doença.

Mesmo que estes dados se refiram exclusivamente aos adolescentes portadores de diabetes e não a uma diferença entre eles e o grupo controle, vale citar novamente o trabalho de Nuvoli et al. (1989) em que foram representados acessórios nos desenhos da pessoa com a doença, tanto no grupo de portadores de diabetes quanto no de controle. Porém, o grupo controle usou mais acessórios do que o de portadores de diabetes e, entre eles, destacam-se as “próteses” necessárias para manutenção do controle da doença. Logo, confirma-se a idéia do objeto externo que denota a existência da doença. Os autores reforçam a idéia de que a doença é muito difícil para estes jovens e na figura da pessoa doente aparecem sinais claros da sua presença pela quantidade de mecanismos de defesa empregada.

Já o teste de McNemar não revelou diferença estatisticamente significativa para o grupo controle, mesmo considerando um $\alpha = 10\%$, maior do que o usual. Desta forma, o que se constata é que entre os adolescentes do grupo controle não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes na confecção dos desenhos.

Como mencionado, o teste do qui-quadrado foi aplicado às variáveis, sendo que, em várias, as categorias foram reorganizadas. Em duas foram encontradas diferenças significantes e em cinco houve tendência à significância ($p < 10\%$).

Tabela 9. Frequência do tipo de sucessão no DFH por grupo

Sucessão (seqüência)	Diabetes	Controle	Total
Normal [*]	19	26	45
Invertida ou confusa ^{**}	12	5	17
Total	31	31	62

^{*} Normal: cabeça, pescoço, tronco, braços, pernas, dedos e pés por último

^{**} Invertida: iniciar pelos pés e terminar na cabeça. Seqüência confusa: implica em não seguir qualquer ordem, muitas vezes indo e voltando para a mesma parte do corpo.

Os adolescentes do grupo controle fizeram uso da sucessão normal do desenho com maior frequência do que os portadores de diabetes. A diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,046$), indicando que no DPD, enquanto o grupo de portadores apresenta maior frequência de sucessão confusa ou invertida, os controles tendem a desenhar de modo normal (Tabela 9).

Lourenção Van Kolck (1984, p. 24) afirma que “a alteração na sucessão do desenho indica que algumas partes são mais importantes ou mais problemáticas para o indivíduo”. Assim, pode-se concluir que desenhar o diabetes se reflete na ordem de sucessão das partes, levando a fazer primeiro as partes ligadas a sua problemática.

Tabela 10. Frequência de cabelos destacados da cabeça no DFH por grupo

	Diabetes	Controle	Total
Presença	3	13	16
Ausência	25	17	42
Total	28	30	58

Quanto às frequências de cabelos destacados da cabeça (Tabela 10), verifica-se que os adolescentes portadores de diabetes usam menos esta característica do que os outros e a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,005$). Logo, pode-se concluir que o grupo controle, no DFH, destaca os cabelos da cabeça com frequência bem mais elevada do que os outros, sugerindo maiores dificuldades em lidar com as questões da sexualidade, relacionada aos cabelos. Isto não significa que os adolescentes portadores não tenham as mesmas questões, mas as mostram com menor evidência.

Tabela 11. Frequência de quantidade de cabelos no DFH por grupo

Quantidade	Diabetes	Controle	Total
Escassos	5	9	14
Normal	11	4	15
Abundantes	12	17	29
Total	28	30	58

Observando a quantidade de cabelos (Tabela 11), pode-se verificar que o grupo dos portadores tende a desenhar a quantidade normal de cabelos com maior frequência do que os do grupo controle, ainda que somente tenha havido tendência à significância estatística ($p=0,074$). Assim, o grupo de portadores estaria preocupado em mostrar uma figura bem feita e bonita, cuidando especialmente dos cabelos. Como já citado, os jovens portadores de diabetes usam de mecanismos de defesa para se proteger de sua condição e tentar, de alguma forma, parecer-se com os demais adolescentes.

Tabela 12. Frequência de tipo de boca no DFH por grupo

Boca	Diabetes	Controle	Total
Para cima (sorrindo)	21	14	35
Normal	9	15	24
Total	30	29	59

O grupo de adolescentes portadores tende a fazer bocas para cima, como se estivessem sorrindo, em frequência maior do que o grupo de jovens não portadores de diabetes no DFH (Tabela 2), com tendência à significância da diferença ($p=0,089$). Estes dados são opostos aos encontrados por Nuvoli et al. (1989, p.88), que descreveram uma tendência do sujeito portador de diabetes fazer a pessoa sadia menos feliz do que a com doença. Indicaram, ainda, que “a identificação mais fácil do diabético com a ‘figura doente’ faz do estereótipo ‘pessoa sadia é mais feliz’ menos efetivo, porque os dados

revelam que há tendência maior no grupo controle de fazer a pessoa doente como triste do que o grupo de diabéticos”. Assim, é possível dizer que os portadores de diabetes tendem a desenhar uma pessoa sadia, fazendo dela o ideal de felicidade tão almejado.

Também foi detectada diferença tendendo à significância ($p=0,095$) em relação à presença de sombreamento nas mãos dos DFH (Tabela 13), no grupo controle. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Nuvoli et al. (1989), que descreveram que seu grupo de portadores de diabetes fazia menor uso do sombreamento.

Tabela 13. Frequência de sombreamento nas mãos no DFH por grupo

Sombreamento	Diabetes	Controle	Total
Presença	6	11	17
Ausência	12	7	19
Total	18	18	36

Lourenção Van Kolck (1966) se refere ao sombreamento como uma constante em quase todas as partes do corpo dos desenhos de adolescentes, assim o sombreamento das mãos pode ser considerado comum nesta fase e o fato dos controles sombrearem mais as mãos do que o grupo de portadores de diabetes pode estar associado à ansiedade que, no caso dos adolescentes portadores de diabetes, estaria sendo mais defendida e, por isso, menos evidente.

O número de dedos no DFH (Tabela 14) mostrou tendência à significância da diferença entre os grupos ($p=0,095$). O grupo dos adolescentes sadios mostrou maior frequência de número incorreto de dedos neste desenho.

Tabela 14. Frequência de número de dedos em cada mão no DFH por grupo

Número de dedos	Diabetes	Controle	Total
Incorreto	7	12	19
Exato	11	6	17
Total	18	18	36

Novamente, nota-se um cuidado maior do grupo de adolescentes portadores de diabetes ao confeccionar o DFH, quanto ao número correto de dedos em cada mão. O aumento ou diminuição do número de dedos associa-se a um grau maior de imaturidade e, neste caso, é interpretado como sinal pouco comum, a não ser no grupo dos mais jovens (12 a 14 anos). Assim, mais um sinal de imaturidade e de conflito, importantes nesta etapa da vida, entre dependência e autonomia. Pode-se concluir que os adolescentes portadores de diabetes são mais exigidos em termos de maturidade do que os não portadores, por conta do próprio tratamento que têm que seguir, o que poderia estar refletido nos dedos das mãos.

Quanto à largura das pernas no DFH entre os dois grupos (Tabela 15), ocorreu diferença tendendo à significância ($p=0,051$), em que o grupo de portadores de diabetes tendeu a representar

pernas de largura média, enquanto o grupo controle apresentou uma maior variedade na representação. Como já dito anteriormente, as pernas com largura média ou fina são aspectos comuns entre os adolescentes. Mais uma vez é possível observar que os adolescentes do grupo controle estão às voltas com a realidade e em conflito entre se manter pequenos ou entrar definitivamente para o mundo adulto.

Tabela 15. Frequência de largura das pernas no DFH por grupo

Largura das pernas	Diabetes	Controle	Total
Finas	3	9	12
Médias	18	10	28
Grossas	5	8	13
Total	26	27	53

Várias pesquisas constataram dificuldades na realização das pernas (Lourenção Van Kolck, 1972; Sayed e Leaverton, 1974; Celli, 1978 e Garcia-Viniegras et al., 1983) e mostraram discrepâncias em comparação aos resultados aqui obtidos. Enquanto elas encontraram com frequência pernas com defeitos e distorcidas nos portadores de doenças crônicas, nesta pesquisa, ao contrário, foram os adolescentes sem doença que tiveram mais dificuldades na elaboração das pernas. Desta maneira, os sinais de fragilidade associados aos portadores de diabetes ou de outras doenças crônicas não se confirmaram nesta pesquisa.

É interessante notar o fato de que, das sete variáveis nas quais houve tendência à diferença significativa, apenas a variável “sucessão do desenho” apareceu no DPD, ou seja, naquele que representa a pessoa portadora de diabetes. Todas as demais se referem ao DFH, que é tomado como o desenho de uma pessoa sadia, pelo fato de ter sido solicitado em primeiro lugar, sem qualquer indicação de tema. Assim, poder-se-ia pensar que é na figura “comum” que aparecem mais aspectos divergentes entre os dois grupos.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi possível observar que os desenhos dos adolescentes portadores de diabetes não foram, na sua totalidade, estatisticamente diferentes dos desenhados pelos adolescentes controles, tanto nos Desenhos da Figura Humana quanto nos Desenhos da Pessoa Portadora de Diabetes. Portanto, não é possível dizer que os grupos diferiram entre si. Entretanto, não se pode menosprezar que apareceram algumas características particulares entre esses adolescentes; muitas delas mostram que cada um dos grupos tem questões importantes a serem resolvidas, sejam elas ligadas aos conflitos típicos da adolescência para os dois grupos ou a aspectos mais diretamente relacionados à doença nos adolescentes portadores de diabetes.

Um ponto merece ser destacado no que diz respeito aos adolescentes portadores de diabetes, isto é, a identificação que aparece pela freqüente idealização da Figura Humana. Vale ressaltar o

quanto o Desenho da Figura Humana produzido pelos adolescentes portadores de diabetes apresentou tendência à perfeição. Foi verificado cuidado extremo na produção desta e, como exemplos, citam-se simetria exagerada, localização central, cabelos ordenados e em quantidade adequada, a pessoa com traje comum completo e a presença de pernas e braços em larguras e comprimentos médios, dando a impressão de uma figura bem estabelecida. Conclui-se, então, que novas pesquisas precisam ser feitas para avaliar estes aspectos.

Uma possibilidade, então, seria a ampliação desta pesquisa, porque com maior número de sujeitos poderiam ser obtidas diferenças significantes entre o grupo de adolescentes portadores de diabetes e o de controle. Uma outra alternativa seria propor uma mudança em termos metodológicos e fazer uma avaliação global dos desenhos, em vez da análise de itens isolados, o que permitiria generalizações mais amplas, garantindo uma precisão maior do instrumento de pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1992). *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico*. (S.G. Ballve, trad.; 10ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1970).
- Baldaro, B.; Farici, C.; Zanetti, L.; Salardi, S. & Cacciari, E. (1986). Particular aspects of family drawings by young diabetic patients. *Medicina Psicossomática*, 31 (1), 31-39.
- Ballas, Y.G. & Alves, I.C.B. (2001). A percepção de estudantes de Psicologia sobre pessoas portadoras de diabetes através do desenho. *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica*. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, (parte I), 106-110.
- Ballas, Y.G., Alves, I.C.B. & Duarte, W.F. (2006). Ansiedade em adolescentes portadores de diabetes mellitus. *Boletim de Psicologia*, LVI (124), 111-125.
- Berquò, E.S.; Souza, J.M. P. & Gotlieb, S.L.D. (1981). *Bioestatística*. São Paulo: E.P.U.
- Brasil (1990). *Lei 8069. Brasil criança urgente: A lei*. São Paulo: Columbus.
- Campagna, V.N. & Souza, A.S.L. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, LVI (124), 9-35.
- Celli, A. (1978). *Estudo comparativo dos indicadores emocionais de Koppitz em desenhos da figura humana realizados por escolares atípicos (poliomielíticos, diabéticos, surdos e cardiopatas)*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. (Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, trad.). São Paulo: Brasiliense. (Original publicado em 1978).
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução 016/2000. Disponível em: http://www.psicologia-online.org.br/legislacao/leg_resolucoes2000.cfm.
- Costa, E.H.A. (2002). O uso do Desenho da Figura Humana e da Figura Humana com Tema na investigação psicológica do paciente com diabetes em grupo psicoeducativo no contexto hospitalar. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 3 (1), 28-57.

- Dolto, F. (1989). *Dialogando sobre crianças e adolescentes*. (N. B. Benetti, trad.). Campinas: Papirus.
- Dolto, F. (1990). *A causa dos adolescentes*. (J. Leite, trad.; 2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dunn, S.M.; Welch, G.W.; Butow, P.N. & Coates, A.S. (1997). Refining the measurement of psychological adjustment in cancer. *Australian Journal of Psychology*, 49 (3), 144-151.
- Freud, S. (1987). Escritores criativos e devaneios. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (vol. IX; J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1908).
- Freud, S. (1987). Introdução ao narcisismo. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (vol. XIV; J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Garcia-Viniegras, C.R.V.; Hernandez, J.A. & Gutierrez, R.C. (1983). Aspectos psicológicos en pacientes com angiopatia diabética. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 24 (4), 591-596.
- Gardner, N. (1998). Emotional and behavioural difficulties in children with diabetes: A controlled comparison with siblings and peers. *Child: Care, Health and Development*, 24 (2), 115-128.
- Hamlett, K.W.; Pellegrini, D.S. & Katz, K.S. (1992). Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, 17 (1), 33-47.
- Hammer, E.F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. (E. Nick, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1980).
- Ingersoll, G.M. & Marrero, D.G. (1992). A modified quality-of-life measure for youths: Psychometric properties. *The Diabetes Educator*, 17 (2), 114-118.
- Keltikangas-Jaervinen, L. (1987). Body image disturbance ensuing from juvenile rheumatoid arthritis, a preliminary study. *Perceptual and Motor Skills*, 64 (3, pt. 1), 984.
- Kohen, D.; Burgess, A.P.; Catal, J. & Lant, A. (1998). The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with Diabetes Mellitus. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 7 (3), 197-204.
- Kovacs, M.; Goldston, D.; Obrosky, D. S. & Bonar, L. K. (1997). Psychiatric disorders in youth with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: Rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20 (1), 36-44.
- Kovacs, M.; Obrosky, D.S.; Goldston, D. & Drash, A. (1997). Major depressive disorders in youth with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: A controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care*, 20 (1), 45-51.

- Kraal, V.; Szajnberg, N.M.; Hyams, J.S.; Treem, W.P. & Davis, P. (1995). Projective personality tests of children with inflammatory bowel disease. *Perceptual and Motor Skills*, 80 (3, pt. 2), 1341-1342.
- Lloyd, C.E.; Robinson, N.; Andrews, B.; Elston, M.A. & Fuller, J.H. (1993). Are the social relationships of young insulin-dependent diabetic patients affected by their condition? *Diabetes Medicine*, 10 (5), 481-485.
- Lourenção Van Kolck, O. (1966). Sobre a técnica do Desenho da Figura Humana na exploração da personalidade: Estudos de adolescentes de centros urbanos. *Boletim nº 293, Psicologia Educacional*, 7.
- Lourenção Van Kolck, O. (1972). O Desenho da Figura Humana em casos especiais. *Boletim de Psicologia*, XXIV (64), 89-121.
- Lourenção Van Kolck, O. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana: Un método de investigación de la personalidad*. (J. Gutierrez, trad.). La Habana, Cuba: Cultural.
- Marcelino, D.B. & Carvalho, M.D.B. (2008). Aspectos emocionais de crianças diabéticas: Experiência de atendimento em grupo. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 345-350.
- Milousheva, J.; Kobayashi, N. & Matsui, I. (1996). Psychosocial problems of children and adolescents with chronic disease: Coping strategies. *Acta Paediatrica Japonese*, 38 (1), 41-45.
- Neuhaus, E.C. (1958). A personality study of asthmatic and cardiac children. *Psychosomatic Medicine*, XX (3), 181-186.
- Nuvoli, G.; Maioli, M.; Ferrari, C.; Pala, G. & Chiaretti, G. (1989). Diabetes and illness image: An analysis of diabetic early-adolescents' self-perception through the Draw-A-Person Test. *Psychological Reports*, 65 (1), 83-93.
- Pereira, E.; Menegatti, C.; Percegon, L.; Aita, C.A. & Riella, M.C. (2007). Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (1), 62-71.
- Rappaport, C.R. (1993). Introdução. In: C. R. Rappaport, *Adolescência: Abordagem psicanalítica*. (pp. 1-23). São Paulo: EPU.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytic results. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 7 (5), 399-407.
- Sayed, A. J. & Leavey, D. R. (1974). Kinetic-Family-Drawings of children with diabetes. *Journal of Child Psychiatry and Human Development*, 5 (1), 40-50.
-

- Schildkrout, M.S.; Shenker, I.R. & Sonnenblick, M. (1972). Human Figure Drawing in adolescence. New York: Brunner/Mazel.
- Seiffge-Krenki, I. (1997). The capacity to balance intimacy and conflict: Differences in romantic relationship between healthy and diabetic adolescents. In: S. Shulman & A. Collins, *Romantic relationships in adolescence: Developmental perspectives. New directions for child development*. (pp. 53-67). San Francisco, U.S.A.: Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Seigel, W.; Golden, N.H.; Gough, J.W. & Lashley, M.S.; Sacker, I.M. (1990). Depression, self-esteem and life events in adolescents with chronic diseases. *Journal of Adolescent Health Care*, 11 (6), 501-504.
- Siegel, S. (1956). *Non parametric statistics for the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2005). www.diabetes.org.br . Acesso em maio de 2005.
- Stefanatou, A. & Bowler, D. (1997). Depiction of pain in the self-drawing of children with sickle cell disease. *Child: Care, Health and Development*, 23 (2), 135-55.

Recebido em 13/12/2009

Revisto em 6/04/11

Aceito em 10/04/11