

## CONSIDERAÇÕES SOBRE AUTOCONCEITO INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO

*Raquete Aparecida da Costa Vilalta<sup>1</sup>, Paulo Francisco de Castro<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Universidade de Taubaté/ Departamento de Psicologia, Avenida Tiradentes, 500 – Centro – CEP: 12030-180, Taubaté, SP, raquete.vilalta@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade de Taubaté/ Departamento de Psicologia, Avenida Tiradentes, 500 – Centro – CEP: 12030-180, Taubaté, SP, castro.pf@uol.com.br

**Resumo-** o desenvolvimento humano decorre da evolução de componentes relacionados aos aspectos físico, cognitivo e social, e dentre esses componentes tem-se o autoconceito. Assim como a aprendizagem, a socialização e determinados comportamentos, o autoconceito também parece ser passível de influências do meio ambiente, o que indica haver uma integração entre aspectos internos e externos ao sujeito que compõem o autoconceito. O presente estudo buscou estudar a possível relação entre o adoecimento físico e o “ser/ estar doente” em crianças sob acompanhamento fisioterapêutico em instituição de saúde em um momento da vida de grandes descobertas e vivências psíquicas. Conclui-se que a deficiência física ou a cronicidade da doença são fatores influenciáveis no autoconceito positivo de si, mas não os únicos nas ressignificações de auto-avaliação, podendo desencadear em novas ressignificações que proporcionam um bem-estar ao sujeito enquanto ser ativo em sua própria vivência.

**Palavras-chave:** Avaliação psicológica infantil, autoconceito, doença crônica.

**Área do Conhecimento:** Ciências Humanas

### Introdução

O desenvolvimento humano decorre da evolução de componentes relacionados aos aspectos físico, cognitivo e social, e dentre esses componentes tem-se o autoconceito - considerado por autores como um dos elementos-chave para o desenvolvimento humano (SANCHEZ, ESCRIBANO, 1999; SCALON, 2004; GALLAHUE, OZMUN, 2005). Assim como a aprendizagem, a socialização e determinados comportamentos, o autoconceito também parece ser passível de influências do meio ambiente, o que indica haver uma integração entre aspectos internos e externos ao sujeito que compõem o autoconceito.

Partindo desta perspectiva, o presente estudo procurou trabalhar o adoecimento físico e o acompanhamento fisioterapêutico como possíveis influências no desenvolvimento do conceito de si em crianças sob tratamento.

Buscou-se estudar a possível relação entre o adoecimento físico e o “ser/ estar doente” em crianças sob acompanhamento fisioterapêutico em instituição de saúde em um momento da vida de grandes descobertas e vivências psíquicas. Com este intuito, os resultados podem se configurar como uma ferramenta ao psicólogo uma vez que muitas crianças se encontram em situação de tratamento e uma intervenção mais ativa faz-se necessária em muitos casos a fim de auxiliar, de forma terapêutica, um desenvolvimento do

conceito de si mais saudável dentro das possibilidades dessa criança.

O sentido é o de proporcionar significado à criança diante de sua vivência no tratamento; dar-lhe conforto frente a uma situação desconfortante (ainda que com mínima intervenção); o reconhecimento de suas potencialidades (ainda que não nos moldes da infância tida como “normal” se sua doença apresentar caráter incapacitante) e, se necessário for, uma intervenção com objetivos claros e definidos com fins terapêuticos, proporcionando o espaço requerido pela criança.

### Metodologia

Esta pesquisa tem um delineamento qualitativo, à medida que registra os dados coletados e busca sua análise. As respostas na pesquisa qualitativa dizem respeito sobre a natureza dos fenômenos sociais, além de estudar os sujeitos em ambiente natural (POPE; MAYS, 2009).

O viés quantitativo também será utilizado no formato de pesquisa exploratória e de levantamento de dados, respectivamente, conforme proposição de Marconi e Lakatos (2001). De acordo com os autores, pesquisa de levantamento é aquela que se caracteriza pela interrogação direta a uma parcela significativa da população alvo, para em seguida, mediante técnicas quantitativas de análise de dados, se obter um panorama do fenômeno em estudo.

A coleta de dados ocorreu na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade de Taubaté, onde consta o termo de consentimento institucional, além do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis das crianças avaliadas.

Delimitou-se a população de 15 crianças com idade entre sete e 11 anos, com expressão verbal adequada, excluindo-se, portanto, crianças com algum diagnóstico de defasagem auditiva e intelectual a fim da elegível execução dos parâmetros aplicados à escala. Não foram consideradas variáveis como sexo, nível sócio-econômico e escolaridade, pois não se relacionam diretamente ao objeto de estudo.

Após o primeiro contato e respectiva autorização da Clínica de Fisioterapia, foi encaminhado à pesquisadora uma lista com os nomes das crianças que compunham o perfil característico da amostra, sendo a maioria das crianças do sexo masculino. Diante da disponibilidade dos responsáveis em responder a anamnese, das crianças em responder a escala e da própria pesquisadora, foram abordados quatro meninos dentro da faixa etária estabelecida.

As etapas de coleta de dados se dividiram em anamnese com os responsáveis; entrevista com as crianças da amostra; aplicação de uma escala de autoconceito (SÁNCHEZ; ESCRIBANO, 1999) e devolutiva aos participantes (responsáveis e sujeitos), com data a ser agendada.

O instrumento utilizado foi a escala PAI (Percepção do Autoconceito Infantil), elaborada por Sánchez e Escribano (1999) após um vasto levantamento teórico de 26 instrumentos, constando de 34 itens de fácil correção e aplicação (individual e coletiva), sendo diferenciadas as figuras masculinas das femininas. As figuras foram digitalizadas para aumento do tamanho normal a fim de facilitar a percepção dos desenhos pelas crianças.

Na escala PAI a criança deveria optar entre os itens de um a quatro, sendo que cada item representava uma frequência de ocorrência diante da situação estabelecida na figura. Para a correção, deve ser considerado o item um como nível mais baixo do autoconceito e o item quatro como nível mais alto. Assim sendo, uma maior pontuação representaria uma auto-avaliação mais positiva.

## Resultados

Todos os integrantes desta amostra eram do sexo masculino com idade entre sete e 11 anos, conforme proposto no início do estudo.

Dois meninos obtiveram uma maior pontuação no item quatro, representando o nível mais alto da

auto-avaliação ou de um auto-conceito positivo. Um menino obteve a pontuação maior no item três, representando também um auto-conceito positivo um pouco abaixo dos primeiros e por fim, o quarto sujeito obteve um escore mais alto no item dois, demonstrando uma baixa auto-avaliação.

O estudo demonstrou que, apesar de condições desfavoráveis de sociabilidade, de independência, de aprendizagem relacionadas a uma desvantagem ou deficiência física que os sujeitos apresentavam, a auto-avaliação e o auto-conceito positivos são características de crianças que se enquadram como doentes crônicos ou em alguma condição física crônica que requeira tratamento/ acompanhamento contínuo.

Houve uma autorização de uma integrante feminina para a aplicação da escala, ainda a ser realizada devido à incompatibilidade de horário disponível pelos pais em paralelo à disponibilidade da pesquisadora da aplicação.

Os resultados que se configuram neste trabalho têm caráter, portanto, introdutório uma vez que um integrante da amostra ainda não foi contemplado.

## Discussão

O autoconceito é construído a partir da percepção de si próprio integrando-se o componente conceitual (o conceito de si, o que é ou não de si mesmo) e componente de atitude (frente às situações presentes e futuras, seus sentimentos frente às conseqüências). Jersild afirma que não se é possível avaliar a natureza do conhecimento de si mesmo diretamente, mas que é possível avaliar o autoconceito através da experiência das situações, da percepção do que são suas capacidades, desejos, sensações e escolhas individuais e da diferenciação – de si mesmo, de seu corpo em relação aos outros; não ocorre em algum momento fixo, mas é elaborado a partir de algumas percepções que o indivíduo tem durante as experiências (1973).

Faria (2005) realizou um expressivo levantamento bibliográfico acerca do autoconceito e de suas conceituações, concordando, de forma geral, que o autoconceito sofre influências ambientais, providas das experiências de vida das pessoas e de comparações e opiniões de pessoas significativas, assim como da interpretação particular a que cada um dispõe sobre si. A autora propõe que o autoconceito é representado em vários domínios, sendo acadêmico, desportivo, emocional, físico, para citar alguns. O domínio físico seria um item fundamental na concepção de autoconceito quando se tratando de crianças e adolescentes,

por ser uma das variáveis das quais eles estão mais expostos socialmente.

Dolto (apud Milman, 2004) refere-se às recorrentes reelaborações do corpo, de si, como fundamentais para a adaptação do sujeito na sociedade. Logo, além do aparato interno, o sujeito contará principalmente com as experiências de vida pelas quais passou para elaboração desse conceito de si, perpassado pelo desenvolvimento do corpo, desenvolvimento este intermediado pela linguagem e pelas figuras referenciais da criança.

Em relação à doença e crônicas crônicas (características das crianças da amostra), Bowden e Greenberg (2010) diferenciam-nas, sendo a primeira referente à situação de doença que dura mais de seis meses e requer longos tratamentos para controlar os sintomas, podendo alternar entre a remissão de sintomas ou sua exacerbação; as crianças não podem se recuperar dos sintomas, mesmo que estes não sejam freqüentes; no segundo, a condição de cronicidade está sempre presente; o sujeito pode se recuperar, mas passa por períodos de cuidados e é tratado como se não estivesse realmente bem. Um exemplo disto seria o câncer, em que o objetivo é a remissão dos sintomas.

Em se tratando de doença crônica, Santos e Sebastiani (2004) retratam a dificuldade que estes pacientes possam ter em lidar com as condições impostas, muitas vezes pelo próprio Sistema de Saúde, como falta de autonomia, dependência de familiares, e acabam tornando-se improdutivos precocemente. No Brasil, a prática de saúde voltada à reabilitação e aos cuidados paliativos é escassa se comparada com os investimentos para a atenção secundária, que assume caráter curativo.

Um fator muito importante na “[...] capacidade da criança ajustar-se é o modo como ela compreende e interpreta a sua doença e o seu tratamento” (STRAUB, 2005, p. 542). O autor comenta que crianças mais velhas e maduras podem ajustar-se de forma positiva à sua doença devido às atribuições realistas dadas a esta. Se há alguma relação entre a possibilidade de enxergar a doença positivamente (atribuições) com a forma com que me percebo e me relaciono com o mundo (ser maduro), Galahue e Ozmun (2005), Marsh (1981), Berns (1994) e outros autores defendem que a criança paciente de um estabelecimento de saúde, frente a este papel, terá possibilidades de relacionar este momento como negativo dependendo da forma como se enxerga e se coloca frente ao mundo.

Não relacionado à instituição em si, mas às mudanças no corpo decorrentes do tratamento ou da doença, pode haver relação entre essa percepção de um corpo “inadequado” perante os

padrões culturais e um baixo nível de autoconceito, conforme relata Carvalho et al (2005) em seu estudo com crianças obesas e seu autoconceito contraposto a um grupo de crianças dentro do tipo físico esperado para a faixa etária. No entanto, a autora demonstrou que as crianças obesas, embora mais incomodadas com seus corpos do que aquelas do outro grupo, tendem a concordar também com afirmações positivas sobre si próprios, ou seja, aspectos opostos que acabam por equilibrar as insatisfações. De acordo com Carvalho et al, este seria um recurso de *compensação* (grifo nosso).

Galván (2007) dispõe em seu trabalho com indivíduos amputados que a experiência da amputação pode não ser fator incondicional para a ressignificação de seu estar no mundo, mas supõe uma reformulação da identidade, e juntamente das vivências, das limitações posteriores, adaptações ao estilo de vida mais limitado do que anteriormente.

## Conclusão

A forma como o indivíduo poderá desenvolver-se dependerá muito da qualidade das relações que permeiam sua vida e das prioridades que o meio em que vive lhe exige e sua resposta em atender essa pressão externa (BEE, 1984). Da mesma forma, Sánchez e Escribano acreditam que o autoconceito não é um componente inato, mas encontra-se em constante evolução - sendo uma fase primordial o período da primeira infância e as relações que permeiam cada etapa da vida (1999).

A caracterização dos pacientes crônicos passa desde a condição de enfermo em longo período de tratamento e suas implicações até a reelaboração psíquica sobre si que o indivíduo irá se confrontar. De forma geral, muitas enfermidades demandarão do indivíduo que ele readapte sua forma de viver devido às seqüelas da doença. A questão sobre ser e estar doente será recorrente nesse processo de aceitação da doença, sendo que muitos pacientes não desenvolvem a cronicidade psicológica; vivem como se não estivessem doentes (SANTOS, SEBASTIANI; 2004).

Ao se trabalhar com o indivíduo com quadro de doença crônica, é preciso ter em mente que aspectos de sua história de vida, genética, sentimentos, personalidade virão à tona nessa reestruturação pela qual o mesmo tem de passar. Muitas vezes, é uma reestruturação marcada pela ansiedade, pelo luto das perdas desencadeadas pela doença, sentimentos de inadequação e dependência, além de demandar uma reação dos parentes e familiares, muitas vezes de sentimentos negativos em relação à doença –

por culpa, mágoa, raiva – além de possíveis reorganizações financeira, rotineiras, acomodação da casa (SANTOS, SEBASTIANI; 2004; CARVALHO, REISINHO; 2009).

Diante desse panorama, a Psicologia se configura como ciência enquanto na avaliação e tratamento psicoterapêutico de crianças que apresentem um autoconceito negativo – como o caso do sujeito da amostra do estudo em questão – e, enquanto técnica instrumentalizada, um espaço de acolhimento das angústias, mas também um espaço de valorização das capacidades e habilidades desses sujeitos, psicicamente e socialmente mais vulneráveis à não-aceitação de si, ou a um baixo nível de autoconceito.

### Referências

- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 3ª ed. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil.. 1984.
- BERNS, R.M. **Desenvolvimento da criança**. São Paulo: Edições Loyola. 1994.
- BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S. **Children and their families: the continuum of care**. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 2010.
- CARVALHO, Ana Maria Pimenta et al . Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, abr. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2005000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 agosto 2011.
- CARVALHO, F.M.; REISINHO, M.C. A criança com doença crônica: um desafio para a Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem do Porto: **Da investigação à prática de enfermagem de família**. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. 2009.
- GALLAHUE, D.L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor – bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3ª ed. São Paulo: Phorte, 2005.
- GALVÁN, G.B. **Corpo ferido: os caminhos do self a partir de uma ruptura na integridade corporal**. 2007. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Aprendizagem e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo. 2007).
- FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescente. **Análise Psicológica**, Portugal, v. 4, n. 23, 2005, p. 361-371. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n4/v23n4a01.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2011.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2001. cap. 4. p. 99- 134.
- MARSH, H. **Self-concept: The Construct of Validity of The Self Description Questionnaire**. 1981. Disponível em <http://eric.ed.gov/>. Acesso em: 09 agosto 2011.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed. 2005.
- MILMAN, L. Casa da árvore: um lugar de convivência para a criança e seus pais. In ARAGÃO, R.O (org). **O bebê, o corpo e a linguagem**. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.
- POPE, C. MAYS,N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed: 2009.
- SÁNCHEZ, A. V.; ESCRIBANO, E. A. **Medição do autoconceito**. Tradução de Cristina Murachco.1ª ed. Bauru: Edusc, 1999.
- SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In ANGERAMI, C. V. A. Et al. **E a Psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira, 2001.
- SCALON, R.M (org). **A Psicologia do Esporte e a criança**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.