UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Análise comparativa do Desenho da Figura Humana em crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo exploratório

Jeferson Luís Ligeiro

Ribeirão Preto – SP

2019

JEFERSON LUÍS LIGEIRO

Análise comparativa do Desenho da Figura Humana em crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo exploratório

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sylvia Domingos Barrera.

Ribeirão Preto - SP

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

Ligeiro, Jeferson Luís.

Análise comparativa do Desenho da Figura Humana em crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo exploratório. Ribeirão Preto, 2019.

101p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Barrera, Sylvia Domingos.

1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade 2. Desenho da Figura Humana 3. Diagnóstico.

Ligeiro, Jeferson Luís.

Análise comparativa do Desenho da Figura Humana em crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo exploratório

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio bastante referido tanto na área da saúde quanto na área da educação, podendo resultar em inúmeros problemas presentes e futuros para seus portadores. A literatura apresenta variados fatores etiológicos para o desenvolvimento do transtorno, havendo certo consenso de que o problema se deve a uma predisposição genética que pode se atualizar em função de estímulos do contexto ambiental. O TDAH inclui sintomas de desatenção, agitação e impulsividade que ocorrem em frequência e intensidade inadequadas à faixa etária dos sujeitos, sendo diagnosticado, geralmente, por meio de escalas comportamentais a serem respondidas por familiares e/ou professores, as quais podem ou não ser acompanhadas de testes (neuro)psicológicos, além de observação do comportamento da criança. O teste do Desenho da Figura Humana (DFH) tem sido um dos instrumentos mais utilizados por psicólogos, tanto para analisar aspectos cognitivos quanto elementos da personalidade do executor do desenho. Dessa forma, por meio de uma comparação do desempenho no referido teste entre crianças diagnosticadas e não diagnosticadas com o transtorno, este trabalho teve como objetivo identificar possíveis traços indicadores da presença do TDAH nos desenhos das crianças portadoras do transtorno, visando à obtenção de mais um recurso que possa auxiliar psicólogos na execução de um diagnóstico mais confiável para o TDAH. Participaram do estudo 20 crianças, alunas do 1º. Ciclo do Ensino Fundamental, divididas em Grupo Clínico, composto por 10 crianças diagnosticadas como sendo portadoras de TDAH, e Grupo Controle, composto por 10 crianças com idade, sexo, escolaridade e nível socioeconômico equivalentes, porém que não apresentavam o problema. Após ambos os grupos serem submetidos ao DFH, análises comparativas do nível de maturidade cognitiva e dos indicadores emocionais, bem como de aspectos gerais dos desenhos dos participantes (tamanho, traçado), foram efetuadas, de modo a verificar a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos. Os resultados obtidos sugerem um desempenho mais baixo dos portadores de TDAH em termos de maturidade cognitiva, bem como maior presença de indicadores emocionais e de problemas de coordenação motora no grupo clínico, embora sem atingir significância estatística. Sugere-se a necessidade de ampliação da amostra a fim de que se possa obter resultados mais conclusivos a respeito da possibilidade de uso do DFH como instrumento auxiliar no diagnóstico do TDAH.

Palavras chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Desenho da Figura Humana, Diagnóstico.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder that is very much referred to in the health area as well as in the area of education, which can result in numerous present and future problems for the subjects. The literature presents a variety of etiological factors for the development of the disorder, with some consensus that the problem is due to a genetic predisposition that can be updated in function of stimuli of the environmental context. ADHD includes symptoms of inattention, agitation and impulsivity that occur in frequency and intensity that are inappropriate for the subject's age group and are usually diagnosed through behavioral scales to be answered by family members and / or teachers, which may or may not be followed by (neuro) psychological tests, as well as observation of the child's behavior. The Human Figure Drawing test (HFD) has been one of the instruments most used by psychologists, both to analyze cognitive aspects and personality elements of the executor of the drawing. Thus, through a comparison of performance in HFD test between children diagnosed and undiagnosed with the disorder, this study aimed to identify possible indicative traits of the presence of ADHD in the drawings of children with the disorder, aiming to obtain an additional resource that can help psychologists to execute a more reliable diagnosis for ADHD. The participants of the research were 20 children, students from the 1st. Elementary School Cycle, divided into a Clinical Group, composed of 10 children diagnosed as having ADHD, and Control Group, composed of 10 children with age, sex, education and socioeconomic level, but who did not present the problem. After both groups were submitted to HFD, comparative analyzes of the level of cognitive maturity and emotional indicators, as well as general aspects of the participants' drawings (size, tracing), were performed, in order to verify the existence or not of significant differences between groups. The results suggest a lower performance of the ADHD patients in terms of cognitive maturity, as well as greater presence of emotional indicators and poor manual coordination in the clinical group, although not reaching statistical significance. We suggest the need to expand the sample in order to obtain more conclusive results regarding the possibility of using HFD as an auxiliary tool in the diagnosis of ADHD

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Human Figure Drawing, Diagnosis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Lista de Sintomas do TDAH.....	13
Quadro 2	Descrição dos Participantes.....	42
Quadro 3	Indicadores emocionais no DFH.....	45
Quadro 4	Participante I.	51
Quadro 5	Participante L.	52
Quadro 6	Participante R.	54
Quadro 7	Participante F.	55
Quadro 8	Participante L.E.	57
Quadro 9	Participante R.H.	58
Quadro 10	Participante Y.	60
Quadro 11	Participante V.	61
Quadro 12	Participante P.	63
Quadro 13	Participante E.	64
Quadro 14	Participante M.	66
Quadro 15	Participante J.	67
Quadro 16	Participante V.H.	69
Quadro 17	Participante G.	70
Quadro 18	Participante D.	72
Quadro 19	Participante J.I.	73
Quadro 20	Participante H.	75
Quadro 21	Participante J.P.R.	76
Quadro 22	Participante J.P.	78
Quadro 23	Participante J. H.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequências obtidas a partir da análise do item F13a.....	48
Tabela 2	Teste de Mann-Whitney para comparação do desempenho dos grupos Clínico e Controle no DFH.....	48
Tabela 3	Teste de Mann-Whitney para comparação da quantidade de Indicadores Emocionais apresentada pelos grupos Clínico e Controle.....	49
Tabela 4	Frequências obtidas a partir da análise dos itens 16 a e 16 b (Coord. Motora) do DFH.....	50

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAP. 1. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE...	11
1.1 TDAH: Histórico e Terminologias.....	11
1.2 Características e decorrências negativas do TDAH.....	12
1.3 O TDAH e sua Etiologia.....	15
1.4 Prevalência e Comorbidades mais comuns.....	17
1.5 O Diagnóstico do TDAH: avaliação psicológica e neuropsicológica.....	19
1.6 Tratamento Para o TDAH.....	24
1.7 Discursos dissonantes.....	25
CAP. 2. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA.....	28
2.1 O Uso do DFH como medida psicométrica de maturidade cognitiva.....	29
2.2 O uso do DFH como técnica de investigação da personalidade e de questões emocionais/comportamentais.....	31
CAP. 3. JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	39
3.1 Objetivo Geral.....	39
3.2 Objetivos Específicos.....	39
3.3 Hipóteses.....	40
CAP. 4. MÉTODO.....	41
4.1. Delineamento.....	41
4.2. Participantes.....	41
4.3 Instrumentos.....	42
4.4 Procedimentos.....	43
4.5. Análise de Dados.....	43
4.6 Procedimentos Éticos.....	46
CAP. 5 RESULTADOS.....	47
5.1 Análise Quantitativa.....	47
5.2 Análise Qualitativa.....	50
CAP. 6 DISCUSSÃO.....	83
Considerações Finais.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS	94

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem chamado notadamente a atenção de acadêmicos diversos, tanto na área da Saúde quanto da Educação, suscitando diferentes considerações (ou explicações) sobre sua origem e permanência ao longo da vida, bem como quanto ao seu diagnóstico e tratamento. Tal transtorno é uma importante fonte de encaminhamentos de crianças para o atendimento em saúde, sendo considerado o distúrbio do neurodesenvolvimento mais prevalente na infância (Vasconcelos et al., 2003).

Apesar de haver perspectivas mais críticas, a visão hegemônica atual concebe o TDAH como uma síndrome neurocomportamental que apresenta sintomas relacionados à desatenção, à impulsividade e à hiperatividade. Todos estes aspectos se apresentam de maneira inadequada para a idade nos portadores do transtorno (Rotta, 2016).

A rigor, considera-se que o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) não constitui um distúrbio específico de aprendizagem, embora durante o curso do transtorno apareçam poucas realizações acadêmicas (Sánchez, 2004). De todo modo, uma vez que o referido transtorno afeta processos psicológicos (atenção) e comportamentais (agitação e impulsividade) diretamente envolvidos na aprendizagem e no respeito às normas de comportamento exigidas pela escola, não é de surpreender seus efeitos negativos sobre o desempenho acadêmico e mesmo sobre o futuro profissional de seus portadores. É a partir dessa percepção e buscando contribuir para um diagnóstico mais eficaz do transtorno que esta pesquisa se insere.

O estudo está organizado de acordo com a seguinte estrutura. No capítulo 1 apresenta-se a revisão da literatura efetuada a respeito do TDAH, abordando diferentes facetas do transtorno, com ênfase sobre as questões relacionadas ao seu diagnóstico. O Capítulo 2 aborda o Teste do Desenho da Figura Humana, explorando suas potencialidades diagnósticas em termos cognitivos e emocionais. No capítulo 3 são apresentados a justificativa, objetivos e hipóteses que nortearam a pesquisa. No capítulo 4 descreve-se o método do estudo incluindo delineamento da pesquisa, participantes, instrumentos e procedimentos éticos e de coleta de dados. No capítulo 5 são apresentados os resultados obtidos a partir da análise quantitativa e qualitativa dos dados (desenhos) dos participantes. No capítulo 6 encontra-se a discussão dos resultados, apoiada na literatura e incluindo as limitações do estudo e sugestões para novas pesquisas sobre o tema.

CAP. 1. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

1.1 TDAH: Histórico e Terminologias

Santos e Vasconcelos (2010) apontam estudos sobre o transtorno a partir da década de 1930, no qual o mesmo era denominado como Lesão Cerebral Mínima. A partir dos anos de 1960, o distúrbio deixou de ser considerado resultado de uma lesão, tendo, desta forma, sido classificado pelo DSM-2 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como Transtorno de Reação Hipercinética, tal mudança se deveu à dificuldade em relacionar o problema a lesões no cérebro.

Na década de 1970 o DSM-III introduziu a denominação Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) com ou sem hiperatividade, sendo que nessa publicação a desatenção era priorizada. Em 1987, o DSM-III-R, enfatizou a hiperatividade e alterou novamente a nomenclatura para Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), publicada em 1993, manteve a denominação de Transtornos Hipercinéticos, já a edição do DSM-IV-RTM, apresentada em 1994, passou a considerar uma tríade sintomatológica onde foram incluídos a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. A partir de então o distúrbio passou a ser denominado como Distúrbio do Déficit de Atenção/Hiperatividade (Santos e Vasconcelos, 2010).

Variados estudos apontam sobre diferentes aspectos históricos na construção do conceito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Santos e Vasconcelos (2010) salientam a variedade de denominações acerca do distúrbio durante o período que o mesmo vem sendo tema de estudos e atribuem tal fato ao aumento de descobertas sobre o transtorno. Citam ainda um curioso fato histórico acerca dos estudos na área; houve na América do Norte um surto de encefalite por volta de 1917 e as crianças sobreviventes apresentavam sintomas comuns do TDAH. Estas alterações recorrentes podem ser fruto de pesquisas com diferentes focos etiológicos (Rohde & cols. 2000).

O trabalho de Benedeti e Anache (2014) acerca de aspectos históricos sobre a construção do conceito de TDAH traz algumas informações sobre a formulação desta denominação bem como críticas às visões dominantes sobre a etiologia do transtorno. As

autoras alegam que o referencial teórico de cada estudo tem papel importante nas construções de ideias sobre determinado tema, dessa forma ocorre uma influência nas conclusões dos trabalhos. Afirmam que a visão predominantemente positivista do ser humano recorre de maneira habitual a explicações de ordem genética e/ou biológica no intuito de descrever, quantificar e medir de maneira objetiva variados aspectos do comportamento humano. Boa parte da crítica das autoras se deve ao fato de não haver nenhuma evidência do TDAH confirmada por meio de exames, sendo este diagnóstico feito apenas por base clínica.

Assim, de acordo com visões menos influenciadas pelo pensamento positivista, os transtornos de aprendizagem seriam fruto de construções do pensamento médico, dessa forma, nem todo problema relacionado a aprendizagem se deveria à problemas de ordem neurológica. Benedeti e Anache (2014) citam a situação ocorrida a partir de 1962, onde pesquisadores do transtorno modificaram seu nome de “Lesão Cerebral Mínima” para “Disfunção Cerebral Mínima” pelo fato de não terem conseguido encontrar nenhuma lesão específica no cérebro e continuam sua crítica afirmando haver certa obsessão em atribuir o problema a aspectos biológicos. Seu trabalho afirma haver um grande mercado que envolve o diagnóstico do TDAH, mesmo a ciência nunca tendo conseguido comprovar de maneira empírica a existência de tal distúrbio. As autoras referem-se também ao que seriam efeitos indesejados futuros causados pelo uso da medicação, tais como; altos índices de delinquência na adolescência e abuso de drogas que estariam em proporção maior do que na população geral, relacionando tal fato a dependência física bem como psíquica que o uso dos medicamentos estimulantes do sistema nervoso central utilizados no tratamento do TDAH poderia acarretar.

1.2 Características e decorrências negativas do TDAH

Segundo o DSM-5 (2013), o TDAH pode ser dividido em três tipos diferentes de transtornos, relacionados à prevalência de sintomas: o tipo predominantemente desatento, o predominantemente impulsivo/hiperativo e o tipo misto. Esta classificação já estava presente no DSM-IV (1994), o qual definiu uma lista de nove sintomas de desatenção e nove sintomas de impulsividade/hiperatividade. Assim, no TDAH com predomínio de desatenção, o indivíduo apresenta seis sintomas relacionados à desatenção e não demonstra nenhum ou apresenta poucos sintomas ligados à hiperatividade/impulsividade. No TDAH com predomínio de hiperatividade/impulsividade a pessoa demonstra ao menos seis sintomas ligados a este grupo e não apresenta ou tem poucos sintomas de desatenção. Por último, no TDAH de tipo misto

ocorre a mescla de sintomas, ocorrendo seis ou mais destes, tanto do tipo desatento, quanto do tipo hiperativo/impulsivo (Rohde e Benczik, 1999). Estudos apontam haver uma predominância do TDAH do tipo combinado em crianças (Santos e Vasconcelos, 2010). Em sequência um quadro listando a classificação de sintomas do TDAH.

Quadro 1: Lista de sintomas do TDAH.

Sintomas de Desatenção	Sintomas de Hiperatividade/Impulsividade
<ul style="list-style-type: none"> - Com frequência deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em ambientes variados. - Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas. - Frequentemente parece não escutar quando lhe dirigem a palavra. - Com frequência não segue instruções e não termina tarefas diversas. - Habitualmente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades. - É comum que evite envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante. - Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades. - É facilmente distraído por estímulos externos. - Comumente esquecido em atividades diárias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira. - Frequentemente levanta-se ou sai do lugar em situações que se espera que fique sentado. - Com frequência corre ou escala em situações em que isso é inadequado. - Comumente é incapaz de jogar ou participar em atividades de lazer calmamente. - Não para ou frequentemente está a “mil por hora”. - Comumente fala em excesso. - Frequentemente deixa escapar uma resposta antes da pergunta ser concluída. - Com frequência tem dificuldade em esperar a sua vez. - Com frequência interrompe ou se intromete na conversa alheia.

Fonte: adaptado de DSM - 5 (2013).

A desatenção se manifesta nas crianças com TDAH pelo fato das mesmas não conseguirem se concentrar em atividades diversas em variados ambientes (casa e escola, por exemplo). Segundo Rohde e Benczik (1999), este sintoma está mais associado a problemas na aprendizagem. A hiperatividade se manifesta em problemas para se manter em silêncio e sem movimentar o corpo de maneira excessiva. Já a impulsividade é demonstrada no comportamento excessivamente intolerante a eventuais frustrações, bem como na ansiedade em responder apressadamente a estímulos variados. As instabilidades emocionais e motoras se retroalimentam (Rotta, 2016).

Para definir o diagnóstico, estes sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses no indivíduo avaliado, e devem acarretar em diversos problemas adaptativos ligados ao desempenho acadêmico, emocional e social do mesmo. Além disso, os sintomas devem se manifestar com frequência alta e em ambientes variados (Rotta, 2016). Há relativo consenso no meio científico de que o distúrbio deve se manifestar até os 12 anos de idade (Rohde & Benczik, 1999).

Rotta (2016) afirma ocorrerem muitas comorbidades psiquiátricas nos portadores do TDAH e que este pode perdurar pela vida adulta. Define ainda o transtorno como tendo características heterogêneas e graves consequências sociais e individuais por conta de problemas acadêmicos, comportamentais e de baixa autoestima que o mesmo pode desencadear. Crianças portadoras de TDAH apresentam necessidades educacionais diferenciadas, tendo seu desempenho escolar e social prejudicados, o que pode decorrer em exclusão escolar, dessa forma, se faz necessário um olhar educacional especializado para tais indivíduos (Rocha & Del Prette, 2010).

Abrahão (2018) aponta que predomina no discurso de crianças com TDAH uma visão negativa sobre seu desempenho, bem como suas relações com os pares no ambiente escolar. Dessa forma, a escola pode exercer um papel aversivo para tais crianças, como um agente causador de sofrimento psíquico e comprometimento do pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

Um recente estudo dinamarquês que se propôs a avaliar a taxa de mortalidade entre indivíduos diagnosticados com TDAH em comparação com pessoas sem tal transtorno pode constatar que a quantidade de mortes por causas não naturais, sobretudo acidentes, foi mais elevada nos participantes com TDAH. O referido trabalho acompanhou 1.922.248 pessoas por um período de até 32 anos, sendo que durante esse período ocorreram 5.580 mortes. Na amostra total, havia 32.061 indivíduos com TDAH, destes 107 morreram ao longo do estudo, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 5,8 por 10 mil pessoas-ano em comparação a 2,2 por 10 mil pessoas-ano de pessoas sem TDAH. Entre o universo de mortes com causa conhecida nos participantes com o distúrbio, os acidentes representaram a quantia de 77,8%, sendo que os indivíduos diagnosticados na idade adulta tiveram maior índice de risco de morte do que os diagnosticados na infância e adolescência (Dalsgaard & cols., 2015).

Baseados na literatura que aponta uma prevalência mais alta de transtornos mentais na população carcerária, Pérez, Pérez, Díaz, Granda, Molleda e Fernández (2015), conduziram

um estudo visando a confirmar este dado em relação ao TDAH. Os autores empregaram duas escalas para a avaliação do referido transtorno na população adulta, a “ASRS” e a “WURS” em 143 participantes presos no Estabelecimento Penitenciário de Villabona, Espanha. A “ASRS” (*Adult ADHD Self-Report Scale*) é um questionário desenvolvido para a identificação do TDAH em adultos. Por sua vez, a “WURS” (*Wender Utah Rating Scale*) é composta por um questionário com 61 itens de caráter retrospectivo em relação a sintomas desde a infância relatados pelo indivíduo avaliado. O resultado da avaliação das escalas empregadas estimou a porcentagem de indivíduos portadores de TDAH no grupo avaliado em 25%. Os autores concluíram seu estudo afirmando haver a necessidade de mais pesquisas que investiguem as consequências de longo prazo associadas a esse transtorno no contexto penitenciário visando melhorar o manejo terapêutico dessa população.

1.3 O TDAH e sua Etiologia

Estudos recentes sugerem que o TDAH seria fruto de uma disfunção nas Funções Executivas (FE) de um indivíduo. Entende-se por FE o conjunto de funções cognitivas que nos dão a capacidade de gerenciar da maneira mais adequada nossas atividades, sobretudo frente a novas situações. Dessa forma, as funções executivas podem ser concebidas como uma capacidade de autogerenciamento, autoregulação, algo como um controle interno que visa guiar os impulsos a atividades produtivas para o indivíduo, tais funções cognitivas se localizam no córtex pré-frontal que é uma das últimas áreas a se desenvolver no Sistema Nervoso (Axelson & Pena, 2015).

Há estudos mostrando que os portadores de TDAH apresentam alterações na região frontal e suas conexões com o resto do cérebro, as quais são prejudicadas por desequilíbrios no funcionamento dos neurotransmissores. Axelson e Pena (2015), citam um estudo da Universidade De Los Angeles na Califórnia que afirma que áreas cerebrais responsáveis por ações mais básicas amadurecem mais cedo, ao passo que áreas como o córtex pré-frontal, responsáveis por ações de ordem superior, como as supracitadas Funções Executivas (FE) amadurecem mais tarde e não alcançam sua maturação completa até o início da vida adulta. Acredita-se então que a aquisição de habilidades relacionadas às FE ocorram de modo concomitante ao desenvolvimento de regiões pré-frontais no cérebro no período da infância e adolescência, considerando os seis primeiros anos de vida cruciais para o desenvolvimento psíquico sadio da criança.

Rohde e Benczik (1999), baseando-se em pesquisas anteriores, afirmam que a principal hipótese sobre a origem do TDAH considera que o transtorno se origine de uma deficiência existente no comportamento inibitório de seus portadores. Essa deficiência estaria ligada a áreas do cérebro que teriam a função de comandar a inibição de determinados comportamentos. Dessa forma, indivíduos com TDAH teriam uma disfunção numa região do cérebro conhecida como região orbital frontal, esta região parece ser a responsável pelas ações de inibição do comportamento, pela atenção, autocontrole e planejamento futuro. Segundo os autores, exames de neuroimagem são capazes de constatar tal deficiência.

O desenvolvimento do TDAH se ampara em fatores genéticos e ambientais, acredita-se não haver apenas um gene ligado ao distúrbio, mas um grupo de genes que podem facilitar seu surgimento no indivíduo. Como fatores ambientais podem ser levados em conta tanto aspectos pré, quanto perinatais que conduziram a possíveis alterações funcionais no Sistema Nervoso Central (SNC), tais como: ingestão de substâncias tóxicas pela gestante, malformações pélvicas, malformações fetais, distúrbios respiratórios no recém-nascido, ruptura precoce da bolsa, entre outros (Rotta, 2016).

Como possíveis fatores pós-natais são apontados infecções como a meningite, hemorragias, traumatismos craneioencefálicos, que podem resultar no desenvolvimento posterior do transtorno. Ainda como fatores ambientais é importante que se leve em conta o ambiente de desenvolvimento da criança que apresenta o distúrbio, como se estrutura sua família, características socioeconômicas, planejamento ou não da gravidez. Aponta - se, por fim, haver algo mais além de um determinante genético no TDAH (Rotta, 2016).

Rohde e Benczik (1999) também consideram uma tendência herdada (predisposição) a desenvolver o transtorno, que pode ou não ser desencadeada em função de fatores ambientais, salientando que quanto maior for a carga genética relacionada ao distúrbio, menor será o peso de estímulos do ambiente para o seu posterior desenvolvimento. Afirmam ainda que problemas na gravidez que causem sofrimento ao feto podem ser fatores ambientais desencadeadores do TDAH, como o uso de algumas substâncias (álcool, drogas, fumo) pela mãe. Além disso, o contato da criança com alguns elementos como o chumbo são também apontados como possíveis facilitadores do aparecimento do distúrbio. Um contexto familiar com estrutura confusa poderia, segundo os autores, acentuar os sintomas do transtorno. Um estudo de Pires, Silva e Assis (2012) identificou que há uma prevalência maior do TDAH em crianças de

núcleos familiares disfuncionais, segundo os autores, sujeitos que sofrem agressão verbal materna apresentam uma prevalência para o TDAH 3,7 vezes maior.

1.4 Prevalência e Comorbidades mais comuns

Os dados sobre a prevalência do TDAH são variados, pois apontam-se porcentagens que variam de 3 a 30% entre crianças e de 0,3 a 2,5% entre adultos, considerando que o transtorno pode perdurar toda a vida, gerando possibilidades de delinquência em jovens e dificuldades profissionais nos adultos (Rotta, 2016). O TDAH se mostra mais presente nos meninos do que nas meninas durante a infância, sendo que nos meninos se manifesta sobretudo com sintomas de hiperatividade e impulsividade, enquanto nas meninas se manifesta com mais frequência a desatenção. Há evidências, no entanto, de que o distúrbio pode prevalecer no sexo feminino durante a idade adulta. Segundo o DSM-5 (2013), a prevalência do transtorno gira em torno de 5% nas crianças e 2,5% nos adultos. Santos e Vasconcelos (2010) citando Pastor e Reuben (2002), afirmam que de 3% a 7% das crianças norte-americanas com idade escolar apresentam TDAH e que o mesmo se manifesta numa proporção de 9:1 na relação entre meninos e meninas em amostras clínicas e de 3:1 na população geral.

Cardo, Servera, Vidal, De Azua, Redondo e Riutort (2011) conduziram um estudo que procurou comparar a prevalência obtida do TDAH por meio de diferentes critérios diagnósticos, a saber: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV TR), Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e duas escalas referenciadas nos critérios diagnósticos do DSM-IV TR, a *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Rating Scale* (ADHD RS-IV) e a Swanson, Nolan e Pelham, quarta edição (SNAP-IV). O autor justifica o estudo afirmando haver recentemente um aumento nas suspeitas de casos de TDAH na Europa, além delas já serem consideravelmente altas nos EUA, o que decorre na necessidade de diagnóstico e manejo adequados.

O supracitado trabalho afirma que a maioria dos estudos de prevalência do TDAH se amparam no DSM-IV TR ou na CID-10 e explana algumas diferenças entre ambos. Os critérios usados pela CID-10 para a definição do Transtorno Hiperativo são mais restritivos do que os do DSM-IV TR para o TDAH, pois necessitam de um período maior de manifestação dos sintomas. Além disso, a CID-10 não possibilita a divisão do transtorno em subtipos, no entanto,

contém critérios similares para a identificação do mesmo. Todos os estudos que utilizam a CID-10 expõem dados de prevalência inferiores aos que usam o DSM-IV TR.

Em relação às escalas empregadas no estudo, a *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Rating Scale* (ADHD RS-IV) compõe-se por 18 itens adaptados da lista de sintomas do TDAH que constam no DSM-IV TR, ela se divide em nove itens relacionados à desatenção e outros nove associados à hiperatividade/impulsividade. Já a Escala de Swanson, Nolan y Pelham, quarta edição (SNAP-IV) se baseia em 26 itens, dos quais 18 constam na lista diagnóstica para o TDAH do DSM-IV TR e oito fazem parte do diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiante (TOD).

O referido estudo contou com uma amostra de 1124 estudantes da cidade de Mallorca, Espanha e apontou os seguintes resultados em relação a cada referencial diagnóstico utilizado: 3,6% para o DSM-IV TR, 1,2% para a CID-10, 4,6% para a ADHD e 4,11% para a SNAP-IV. Dessa forma, o trabalho aponta para mudanças necessárias nos critérios diagnósticos a fim de torna-los mais objetivos.

Por volta de 87% das crianças portadoras de TDAH podem ter ao menos uma comorbidade e 67% podem ter mais de um distúrbio associado (Kadesjo & Gillberg, 2001). As comorbidades mais comuns ao TDAH são o Transtorno Opositor Desafiante (em torno de 60% dos casos), Transtorno de Humor (por volta de 50% dos casos), Transtorno de Ansiedade (de 25 a 40% dos casos), e tiques que podem estar relacionados a outros problemas como a Síndrome de Tourette. O abuso de substâncias também é recorrente. (Rotta, 2016).

Oliveira e Albuquerque (2009) apontam para as dificuldades que a alta presença de comorbidades acarreta para o fechamento de um diagnóstico, bem como posterior tratamento do distúrbio. Biederman (2005) elenca valores de comorbidade para o TDAH em torno de 60% para o transtorno desafiador opositivo (TDO), 15% para o transtorno de conduta (TC), 25% para os transtornos de humor e de aprendizado, e aproximadamente 30% para os transtornos de ansiedade, tanto que, segundo a mesma, alguns autores sugeriram que o TDAH passasse a ser classificado conjuntamente aos transtornos associados devido aos diferentes prognósticos que a presença dos mesmos acarreta.

Souza e cols. (2007) citam a presença comum do TDAH em crianças portadoras de Retardo Mental (RM) e de Transtornos de Aprendizagem (TA), se referenciando em Gilberg et al. (1986) para estimar entre 7% a 18% dos pacientes portadores de RM apresentando

diagnóstico comórbido de TDAH e em Semrud-Clikeman et al (1992) que afirmam haver por volta de 25% de pacientes com TDAH que também apresentam TA. Tais pacientes representam um grande desafio na atuação em educação e saúde mental, as autoras salientam que os sistemas de classificação atual de doenças não são capazes de abarcar toda a complexidade desses variados distúrbios, o que dificulta, por vezes o diagnóstico, sobretudo na presença de comorbidades.

O estudo de Souza e cols. (2005) concluiu que crianças portadoras de TDAH tendem a apresentar transtornos de ansiedade associados. Os autores afirmam que na atualidade a maior parte do meio acadêmico crê na perpetuação de tais transtornos pela vida adulta, caso não haja alguma intervenção profissional que vise amenizar a sintomatologia dos mesmos. O estudo dos pesquisadores contou com a participação de 78 crianças e adolescentes de ambos os sexos com idade variando de 6 a 16 anos. Os sujeitos foram submetidos a entrevistas semi-estruturadas, consultas clínicas, assim como seus pais, e testagem de QI por meio de exames neuropsicológicos. Como resultados, foi apontada uma prevalência de 23,05% referente a distúrbios de ansiedade, dentre os quais se destacaram o Transtorno de Ansiedade Generalizada com 12,8%, a Fobia Social com 3,84% e a Ansiedade de Separação com 3,8%, destacando ainda o QI médio obtido de 89,2. Baseado em seus resultados, os autores afirmam haver uma tendência na apresentação de mais de um diagnóstico psiquiátrico em indivíduos portadores de TDAH, no entanto, reconhecem alguns limites em seu estudo, considerando que a maior parte de sua amostra foi composta por meninos (76,9%) e crianças com TDAH do tipo combinado (75,6%). Os autores ressaltam a importância do diagnóstico de eventuais comorbidades pelo fato de tais características demandarem intervenções diferentes.

1.5 O Diagnóstico do TDAH: avaliação psicológica e neuropsicológica

Santos e Vasconcelos (2010), ressaltam a importância da compreensão do transtorno como abarcando elementos biológicos e ambientais e evidenciam que no contexto educacional brasileiro é muito comum que professores apostem no diagnóstico de TDAH para alunos que não o tenham, apenas por estes apresentarem alguma dificuldade no aprendizado. Graeff e Vaz (2008) enfatizam este aspecto ao afirmarem a grande quantidade de crianças que chegam para a confirmação de um diagnóstico no qual não se encaixam. Mesmo sendo extensamente estudado no campo neuropsiquiátrico, o diagnóstico do TDAH se mantém controverso (Caliman, 2008).

Como já relatado, o diagnóstico do TDAH é motivo de bastante controvérsia entre profissionais e teóricos da Saúde e da Educação. Isso se deve não apenas à complexidade do transtorno, como também às implicações do diagnóstico. O mesmo deve estar baseado no quadro clínico comportamental e deve se apoiar em evidências da história do indivíduo (anamnese), exame clínico e escalas de comportamento. Além disso, o emprego de testes neuropsicológicos e eventualmente psicológicos para complementar o diagnóstico é recomendado, devendo ser avaliado o comportamento do indivíduo analisado em vários contextos diferentes (Graeff e Vaz, 2008).

É de grande importância que o profissional que esteja avaliando um caso suspeito de TDAH tenha amplos conhecimentos sobre o processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes para poder diferenciar fatores comuns de fatores patológicos (Rohde e Benczik, 1999). Ressalta-se ainda a importância de amplos conhecimentos de psicopatologia por parte do profissional que faz a avaliação de um possível caso de TDAH. Nesse sentido, o ideal seria que o diagnóstico fosse realizado por uma equipe multiprofissional (Graeff & Vaz, 2008).

Segundo Kaefer (2016), embora a sistematização para a identificação do distúrbio se baseie em manuais internacionais, como a CID e o DSM, testes psicológicos de personalidade podem complementar e auxiliar na confirmação do diagnóstico, além de fornecer um quadro mais completo acerca do funcionamento psíquico do indivíduo a ser diagnosticado. Alguns dos testes psicológicos mais usados para auxiliar no diagnóstico do TDAH no Brasil são: Escalas Wechsler de Inteligência, Testes Grafomotores (Bender, Figura Complexa de Rey, Teste da Figura Humana), Testes Neuropsicológicos específicos para o TDAH (Stroop Test, Wisconsin Card Sorting Test), Testes de personalidade (Rorschach, TAT, CAT-A, CAT-H, Teste das Fábulas de Düs). Todos os instrumentos citados estão padronizados para a população brasileira.

O uso da avaliação neuropsicológica relacionada à psicopatologias da infância e adolescência tem sido descrito há pouco tempo, dessa forma, fica evidente a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao tema, Borges e cols. (2008). Tal área de conhecimento traz informações sobre o funcionamento cerebral nos diversos distúrbios, proporcionando conhecimentos acerca do funcionamento neurológico subjacente a tais transtornos. Os autores afirmam ainda que é de grande importância a aplicação de mais de um teste a fim de corroborar o diagnóstico do distúrbio. Aponta-se na literatura grande crescimento na quantidade de pesquisas baseadas na abordagem neuropsicológica relacionadas ao TDAH nas quais vem se

encontrando evidências de déficits na memória imediata em portadores do transtorno (Cornoldi & cols., 2001).

Prosseguindo no tema da avaliação neuropsicológica, Graeff e Vaz (2006) afirmam que tal tipo de avaliação pode trazer mais informações acerca de áreas cerebrais envolvidas no distúrbio que se refletem no comportamento do indivíduo com TDAH, bem como de parte de seu funcionamento cognitivo. Os autores baseados em Rohde e Ketzer (1997) citam o teste WISC-III como tendo as melhores atribuições para trazer informações sobre portadores de TDAH, no entanto, o uso isolado do instrumento não oferece a possibilidade de diagnóstico para o transtorno. Citando Romne e cols. (2004), afirmam que o teste de distribuição de cartas Wisconsin, direcionado à avaliação da atenção e flexibilidade cognitiva, evidencia menores resultados de crianças diagnosticadas com TDAH do que crianças sem tal diagnóstico, mas tal fato também ocorre com outras patologias.

Corroborando o que já foi explanado, Graeff e Vaz (2008) salientam que a avaliação neuropsicológica constitui um importante recurso para o processo diagnóstico do TDAH pois permite avaliar quais seriam eventuais explicações alternativas à sintomatologia apresentada e se há comorbidades ao diagnóstico principal que também demandam tratamento. Dessa forma, este recurso contribuiria para abarcar mais informações sobre o processo.

Os Testes Grafomotores detectam problemas na percepção e execução da expressão gráfica de um indivíduo, por isso, nos casos suspeitos de TDAH pode-se detectar atraso psicomotor ou perceptivo nos mesmos. Alguns deles, como o Bender, também se propõem a identificar possíveis indícios de problemas neurológicos (Koppitz, 1987).

Os Testes Neuropsicológicos avaliam as habilidades cognitivas relacionadas ao funcionamento do cérebro, dessa forma, auxiliam a detectar possíveis alterações neurológicas. Já os Testes de Personalidade fornecem importantes informações sobre a estrutura de funcionamento emocional de pessoas suspeitas de portarem TDAH (Kaefer, 2016). No que diz respeito ao uso de técnicas projetivas no diagnóstico do TDAH, poucos estudos foram encontrados na literatura. Para Barkley e cols. (1998), as técnicas projetivas demonstram baixa diferenciação entre indivíduos com TDAH e a população normal.

Em seguida serão apresentados alguns dados relativos a aplicação do Teste de Rorschach feito por Graeff e Vaz (2006) em crianças diagnosticadas com TDAH (grupo clínico) e crianças sem tal diagnóstico (grupo controle). Os autores iniciam sua explanação afirmando

que mesmo compartilhando aspectos em comum, crianças portadoras de TDAH apresentam características muito variadas, o que motiva alguns pesquisadores a proporem que novos subtipos da patologia sejam criados.

No entanto, Graeff e Vaz (2006) se amparam em outros estudos para destacar algumas evidências oriundas de testes projetivos, citando os trabalhos de Cotugno (1995), onde foram encontradas diferenças quanto à baixa auto-estima, dificuldade e receio em relacionamentos interpessoais, tendência a assimilação de mais experiências introspectivas/depressivas, tendência a simplificação de estímulos onde ocorria uma dificuldade de percepção da realidade, maior dificuldade no controle do estresse e tendência à manifestação de pensamento desorganizado. Citam ainda o estudo Osório e cols. (2000), onde numa comparação com os dados normativos de Jacquemin (1975) houve evidências no grupo clínico (TDAH) de maior impulsividade, prejuízos na capacidade de pensar de modo coerente, ansiedade que interferiu na capacidade de percepção e concentração, tendência à realização das atividades de maneira superficial, além de dificuldades na percepção objetiva da realidade, vale ressaltar que os indicadores de impulsividade chegaram a níveis quatro vezes superiores ao estudo de Jacquemin (1975).

O estudo de Graeff e Vaz (2006) chama a atenção para a quantidade média de respostas frente as pranchas ser consideravelmente inferior nas crianças com diagnóstico de TDAH em comparação com crianças sem este diagnóstico, respectivamente 12 e 18,54. Citando Ames e cols. (1962) afirmam ser a quantidade de respostas um indicador da capacidade de produção de cada sujeito. Os autores afirmam ter havido uma maior quantidade de respostas globais (G), bem como uma menor quantidade de respostas de detalhe comum (D) nas crianças do grupo clínico. As repostas de detalhe comum se relacionam com a capacidade de perceber a realidade objetiva exterior com a finalidade de resolução de tarefas. Ainda amparados em Ames e cols. (1962), os autores atribuem um índice elevado de respostas G a um processo de pensamento superficial, uma ânsia de término de tarefas de modo rápido. A baixa quantidade de respostas de detalhes comuns e a presença excessiva de respostas globais podem estar relacionadas a dificuldades de percepção da realidade concreta para que a criança tenha capacidade de sistematizar e utilizar sua inteligência objetiva para resolver um problema e/ou realizar uma atividade.

Em seu estudo, Graeff e Vaz (2006) obtiveram diferenças também no somatório de forma (somF) e de respostas de forma de boa qualidade (F+), respectivamente 9,88 no grupo

controle e 4,38 no grupo clínico. Amparados em Levtt e Truman (1972), sustentam que as respostas F estão relacionadas aos aspectos não emocionais, mas conscientes e racionais do ser humano. Sendo assim, a soma de respostas F (somF) representaria o controle geral dos dinamismos da personalidade, as crianças pertencentes ao grupo clínico apresentaram baixo controle geral, tendo em vista que seu índice foi consideravelmente inferior ao do grupo de crianças consideradas normais. Tal déficit no controle geral evidenciado pelas variáveis de forma pura (F+ e somF) pode corresponder ao déficit na inibição do comportamento proposto por Barkley (1997), tal processo pode prejudicar a utilização das funções executivas relacionadas a auto-regulação. Partindo desses dados é possível supor que o controle geral, representado pela somatória de F demonstra-se mais baixo em crianças com TDAH, o que evidencia sua baixa capacidade de usar a razão no controle de seus impulsos e emoções.

Graeff e Vaz (2006) apontam ainda em seu estudo o aparecimento de alguns indicadores de choques relacionados a ansiedade situacional, como choques de reação por aceleração e respostas com inclusão do espaço branco (S). A soma de choques de reação por aceleração, emitidos pelas crianças portadoras de TDAH obteve uma média de 1,46, frente a 0,42 das crianças no grupo controle. A interpretação relacionada a tal variável sugere que o participante se sentiu perturbado diante da prancha, fazendo então uma tentativa de livrar-se da mesma o mais rápido possível, visando a eliminar a situação de desconforto. Baseado nos resultados de suas aplicações do Teste de Rorschach, os autores puderam concluir que crianças com TDAH demonstram indicadores de capacidade de produção e desempenho em índice inferior do que as crianças sem este transtorno, além de apresentarem indicadores de impulsividade e dificuldade no controle das emoções de forma mais elevada do que nas crianças ditas normais e possuem tendência a aumentar seu nível de ansiedade frente a situações ansiogênicas, demonstrando serem mais tensas e inseguras do que as crianças sem diagnóstico para o TDAH.

É importante salientar que apenas a aplicação dos instrumentos não possibilita a confirmação de um diagnóstico para o TDAH, os mesmos devem ser usados como um complemento na tarefa de elucidar parte do funcionamento psíquico dos indivíduos (Kaefer, 2016). Entretanto, Rohde e Benczik (1999) sugerem que o fato dos testes serem aplicados num ambiente mais neutro e controlado do que a escola ou a casa do indivíduo pode favorecê-lo em seu desempenho. Indica-se a necessidade de mais estudos com a aplicação de testes psicológicos para que sejam feitas padronizações para a discriminação do TDAH (Graeff & Vaz, 2008).

1.6 Tratamento Para o TDAH

Quanto ao tratamento do TDAH, Rotta (2016) afirma tratar-se de um problema crônico, cujo manejo deve se basear em quatro itens importantes: modificações do comportamento, adequação acadêmica, atendimento psicoterápico e terapia medicamentosa. Ressalta-se a importância de esclarecimentos sobre o transtorno para a família do portador, bem como uma intervenção precoce e multidisciplinar (psicoterápica, psicopedagógica e medicamentosa) para que se minimize as decorrências negativas do problema (Rohde & Benczik, 1999).

Dessa forma, defende-se uma precoce intervenção na dimensão do prejuízo educacional que o transtorno acarreta, oferecendo informações claras e precisas à família do portador, além da realização de treinamento para os pais visando ao melhor manejo dos sintomas para que possam estruturar a organização e o planejamento de atividades. Em relação à escola, espera-se que as salas de aula tenham um ambiente bem estruturado e com poucos alunos. Proceder com uma rotina diária também auxilia a criança a manter o controle emocional. As atividades propostas não devem ser muito extensas, além de precisarem de longa explicação (Barkley, 2012). A intervenção combinada em geral se mostra mais eficaz do que apenas o uso de medicação, sendo que no campo de intervenção psicoterapêutica, a Terapia Cognitivo Comportamental demonstra melhores resultados (Menezes, Dias, Trevisan, Carreiro & Seabra, 2015).

A administração de um Treino de Habilidades Sociais (THS) também pode auxiliar os portadores do TDAH no sentido de conseguirem gerir melhor seu comportamento. O THS funciona como um conjunto de atividades com o objetivo de ensinar e/ou aprimorar habilidades sociais ao mesmo tempo em que extingue ou diminui comportamentos divergentes (Leme, 2015). As habilidades sociais são entendidas como um conjunto de comportamentos no âmbito da interação social que são valorizados culturalmente, dificuldades em tais habilidades são características comuns em diversos transtornos (Dell Prette, 2016).

O tratamento farmacológico, em casos sem comorbidade, se inicia pela administração de psicoestimulantes, uma vez que tais medicações estimulam a área encefálica responsável pelas inibições de comportamento. O uso de medicamentos melhora o cotidiano de mais de 70% dos indivíduos portadores do transtorno (Rohde & Benczik, 1999). Em casos onde os medicamentos psicoestimulantes não tem efeito, recorre-se ao uso de antidepressivos tricíclicos, ambas as medicações auxiliam no aumento de neurotransmissores que se encontram deficitários na região cerebral de controle inibitório. O uso da medicação pode ser contínuo ou

acompanhar o calendário escolar da criança, sendo que a administração da medicação varia de caso a caso. Como possíveis efeitos adversos da medicação psicoestimulante são citados: anorexia, insônia, dor abdominal, perda de peso, tiques e interrupção do crescimento em casos onde o uso do medicamento não sofre interrupção em finais de semana. A maioria dos sintomas, no entanto, costuma desaparecer quando o organismo do indivíduo se adapta ao medicamento (Rotta, 2016).

1.7 Discursos dissonantes

Embora a hipótese orgânica sobre a origem do TDAH seja hegemônica na área da Saúde (medicina), a etiologia dos sintomas permanece sem consenso até o momento, mesmo no meio acadêmico. Vozes dissonantes do discurso hegemônico acerca do distúrbio se levantam, sobretudo baseadas em perspectivas menos influenciadas pela visão positivista de ser humano, como a perspectiva sócio histórica, a psicodinâmica ou a gestáltica. Segundo a abordagem sócio histórica, uma criança não nasce biologicamente destinada a ser desatenta ou hiperativa, mas pode desenvolver tais características dependendo de suas interações sociais. Afirma-se que no contexto educacional falta às escolas um acolhimento melhor da diversidade de comportamentos entre os alunos, havendo então uma tendência a forçar a uniformização de atos dos mesmos. Ao adotar um discurso negativo sobre alunos que desviem deste padrão normativo, as escolas conduziriam o aluno a uma internalização deste discurso, o que poderia afetar sua subjetividade, bem como seu aprendizado (Signor, 2013).

O enfoque gestáltico busca atribuir às patologias um significado mais holístico, considerando que as mesmas jamais são fruto de apenas um fator etiológico. Busca-se, dessa forma ir além da pura descrição de sintomas, visando dar sentido à patologia baseado nas vivências subjetivas de cada pessoa. Para a perspectiva gestáltica, cada sujeito fala por meio de seu corpo, dessa forma, a criança hiperativa lança um grande desafio ao redor de seu convívio, um indivíduo capaz de dominar o próprio corpo desenvolveria de maneira equilibrada seu psiquismo (Antony & Ribeiro, 2005).

Para tal fundamentação teórica nas fases iniciais do desenvolvimento e constituição do eu a imagem que cada um consolida de si seria reflexo da imagem que os outros têm dele, assim, se ocorrer a introjeção de um conceito negativo do corpo-eu decorreriam sentimentos de rejeição e inadequação, dessa forma a patologia pode ser considerada relacional. Dentro

desse enfoque teórico, a criança com diagnóstico de TDAH é considerada confusa, sempre em busca de um sentido para si, demonstrando uma contínua insatisfação em suas trocas com o meio. Defende-se então, que se encontre uma maneira sadia e criativa de abarcar essa alta excitabilidade da criança visando a construção de uma imagem positiva para a mesma de forma a valorizar suas qualidades (Antony & Ribeiro, 2005).

Benedeti e Anache (2014) baseadas em textos fundamentados na teoria psicodinâmica, afirmam que o TDAH é um quadro sintomático que predomina no século presente na mesma proporção que a histeria predominou no passado. Para esta abordagem, ocorre na atualidade uma excessiva necessidade de atribuir a médicos e remédios a incumbência de eliminar as angústias suscitadas pelo contato com o meio externo de maneira rápida, sem elaborá-las. Afirma-se que as pessoas têm pressa em eliminar seus sintomas. Tal fundamentação teórica acredita que cada indivíduo se torna o que sua cultura permite se tornar. Assim o TDAH representaria uma metáfora que expressa de modo simbólico e subjetivo o mundo moderno em constante transformação e o mundo interno que seria constantemente reprimido pela necessidade de soluções rápidas.

Landman (2015), apud Kamers (2016) faz uma crítica a um recente movimento na área da saúde mental francesa que tende a atribuir maior peso de diagnóstico ao DSM – 5 do que a “Classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent” (CFTMEA) em relação aos distúrbios da infância e adolescência, em destaque o TDAH. Segundo este autor, vive-se na atualidade o predomínio de uma psiquiatria biológica que conduz ao apagamento do sujeito por meio de patologizações e medicalizações excessivas. Dessa forma, ao medicalizar os comportamentos infantis, perde-se a vista sobre as reais necessidades da criança. Aponta ainda que a tolerância dos adultos a agitação das crianças pode variar grandemente em virtude de contextos socioambientais e que o diagnóstico de TDAH funcionaria como uma solução frente a angústia de famílias nas quais a criança apresenta comportamentos hiperativos. Dentro de um referencial psicanalítico considera-se a hiperatividade não uma doença ou transtorno, mas um sintoma referente ao modo como se estrutura a personalidade da criança.

Frente ao conhecimento disponível sobre o TDAH na atualidade, podendo transitar entre diferentes explicações para a sua etiologia, bem como sobre os procedimentos a serem tomados para efetuar a identificação de tal distúrbio, fica evidente a necessidade de profissionais bem preparados e com uma postura holística para estabelecer um possível diagnóstico. Dessa forma, acredita-se que o uso de instrumentos de avaliação psicológica possa

ser um recurso importante no sentido de oferecer subsídios que possam aumentar a confiabilidade na identificação do transtorno.

CAP. 2. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

O Desenho da Figura Humana (DFH) é um dos vários instrumentos disponíveis para avaliações por parte dos profissionais da psicologia. Segundo Anastasi (1977), os testes psicológicos são capazes de investigar problemas diversos por meio de instrumentos padronizados. O que diferencia testes psicológicos psicométricos de projetivos é o fato de que os primeiros focam sua atenção na medida de funções psicológicas, enquanto que os últimos se focam na compreensão da personalidade como um todo (Van Kolck, 1981).

Desde seus primórdios a humanidade usa os desenhos como maneira de comunicação, registrando emoções, sentimentos e ações. É notável que o uso dos desenhos tenha sido consideravelmente anterior ao início da linguagem escrita, também as crianças começam a desenhar antes mesmo de serem introduzidas no alfabeto (Wechsler, 2003).

Os estudos mais sistematizados sobre o desenho da figura humana se iniciaram no ano de 1906 com Lamprecht, que comparou o desenho de diferentes crianças do mundo todo. Entretanto, apenas em 1926, com os estudos de Goodenough é que foram desenvolvidos critérios sobre o desenho, visando ao estabelecimento de parâmetros para dimensionar o desenvolvimento intelectual da criança. A hipótese de Goodenough era de que, quando uma criança desenha a figura humana, não desenha exatamente o que vê, mas sim o que sabe sobre a mesma, dessa forma, este instrumento foi inicialmente considerado uma medida de inteligência (Wechsler, 2003).

Em uma revisão deste método proposta por Harris na década de 1960, o instrumento passou a ser considerado uma medida de maturidade conceitual, pois o conceito de inteligência abarca mais aspectos do que os que poderiam ser medidos pelo teste. Este autor desenvolveu uma escala com 73 itens para o desenho, que discriminava o desenvolvimento conceitual de indivíduos dos 3 aos 15 anos, tal proposta tinha o objetivo de aumentar a confiabilidade para uma avaliação cognitiva, bem como projetiva, sendo que sua proposta foi a primeira a solicitar o desenho de figuras de ambos os sexos (Wechsler, 2003).

Ainda segundo Wechsler (2003), em relação à avaliação de aspectos desenvolvimentais a partir do desenho da figura humana, os estudos mais sistematizados foram realizados por Koppitz entre as décadas de 1960 e 1980, sendo que tal autora propôs o estudo de componentes do desenho baseado em quatro critérios principais: itens esperados, itens comuns, itens

incomuns e itens excepcionais; os itens de maior importância seriam os esperados, pois seriam essenciais para determinadas faixas etárias. A autora desenvolveu também uma análise de aspectos emocionais do desenho, afirmando que itens que não revelassem acréscimos com o aumento da idade ou que fossem raros (menos de 15%), seriam considerados indicadores emocionais, demandando, desta forma, uma investigação mais aprofundada.

Silva, Pasa, Castoldi e Spessato (2010) afirmam que o desenho da figura humana é atualmente um dos instrumentos de avaliação psicológica mais conhecidos e aplicados. A facilidade de aplicação bem como a pouca quantidade de objetos auxiliares necessários (utiliza apenas folha de papel e lápis) facilitam o seu uso. Outro aspecto que favorece sua aplicação em crianças é o fato das mesmas em geral se interessarem bastante pela atividade de desenhar. Para a avaliação de aspectos da personalidade, Hutz e Bandeira (2003) afirmam ser o DFH um instrumento de avaliação útil para crianças, adolescentes e adultos. Chama-se, no entanto, a atenção para questionamentos sobre sua confiabilidade pelo fato de que muitos psicólogos aplicam o instrumento sem que o mesmo esteja padronizado para a realidade cultural da região de seus pacientes (Arteche, 2006).

2.1 O Uso do DFH como medida psicométrica de maturidade cognitiva

No Brasil, há poucos estudos relacionados ao DFH que tratem da validade e precisão do mesmo. Considerando a ampla aplicação de tal instrumento, mostra-se necessária a expansão da pesquisa que vise aferir a padronização, a validade e a precisão do DFH. Ressalta-se também a escassez de pesquisas coordenadas em diferentes localidades do país, fato que proporcionaria uma maior riqueza de dados, bem como generalização dos mesmos (Suehiro, Benfica & Cardim, 2016).

É consenso entre os pesquisadores que o DFH deva ser analisado em crianças a partir dos 3 ou 4 anos de idade, pois neste período já ocorre um nível adequado de controle motor. Afirma-se também que a avaliação do desenho como instrumento para análise desenvolvimental/cognitiva deva ser feita até os 11 ou 12 anos, com o argumento de que na pré-adolescência o indivíduo já possui maior capacidade de abstração, podendo se recusar a desenhar, ou fazê-lo de modo caricato. Variados estudos puderam constatar a capacidade do teste em mensurar as capacidades cognitivas, fazendo comparações dos desempenhos no DFH

com outros testes psicológicos utilizados para essa finalidade como o WISC- III (Wechsler, 2003).

Além da idade, o sexo do sujeito também deve ser levado em conta na avaliação do DFH, pois antes dos 8 ou 9 anos os desenhos das meninas costumam ser mais elaborados, já a partir desta idade os desenhos masculinos costumam alcançar os femininos em pontuação. É preciso que se considerem também aspectos culturais dos participantes envolvidos na produção dos desenhos, dessa forma, ressalta-se a importância de estudos de validação do instrumento de acordo com a realidade cultural de cada região (Wechsler, 2003).

Arteche (2006) distingue três vertentes principais na análise do DFH: os sistemas que o avaliam como medida de desenvolvimento cognitivo infantil, tais como os de Goodenough, Koppitz, Wechsler e Sisto (sendo os dois últimos brasileiros). Métodos que analisam o desenho como medida projetiva da personalidade, como o de Machover, e os sistemas que propõem uma análise de aspectos emocionais, mas de uma perspectiva mais empírica, como os de Koppitz e Naglieri.

De acordo com Wechsler (2003), os sistemas para a avaliação do desenho da figura humana mais conhecidos são os de Harris e Koppitz. Em relação à análise do desenvolvimento cognitivo, o método de Harris garantiria um processo mais criterioso ligado aos conceitos apresentados por cada item, por sua vez, o sistema de Koppitz conduziria a uma avaliação mais rápida do desempenho no instrumento. A utilização deste instrumento pode consistir num importante recurso para reforçar o diagnóstico de crianças com dificuldades de aprendizagem, déficits de atenção ou outras dificuldades no processo de desenvolvimento.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) recomenda que sejam feitos estudos de revalidação e repadronização para os instrumentos psicológicos em intervalos de sete a dez anos. Com esse objetivo, Wechsler (2003) conduziu um estudo para repadronizar e revalidar os achados de seu trabalho anterior conduzido em 1996, que havia construído um sistema de avaliação do DFH para crianças brasileiras. A amostra de participantes desta vez foi maior e contou com participantes de mais estados. Baseada nos resultados do estudo, a autora pode concluir que o DFH pode ser usado como medida desenvolvimental, pois é possível verificar o aumento de pontos obtidos pelas crianças em função do avanço na idade.

O referido trabalho de Wechsler (2003) buscou estudar mais uma vez as características psicométricas do desenho da figura humana e pode reafirmar a validade de seu construto como

medida cognitiva, pois este evidenciou os significativos ganhos de crianças de ambos os sexos ao desenharem figuras masculinas e femininas. A autora concluiu que as curvas de pontuação obtidas pelos participantes estavam em consonância com as teorias de desenvolvimento cognitivo infantil, pois tais teorias indicam a aquisição crescente nas operações de pensamento de acordo com a idade da criança. A precisão de seu sistema de correção também pode ser reafirmada por conta do alto índice de consistência interna e concordância entre os juízes que avaliaram os desenhos.

2.2. O uso do DFH como técnica de investigação da personalidade e de questões emocionais/comportamentais

Além da sua utilização como técnica psicométrica de avaliação da maturidade cognitiva, o DFH também tem sido proposto como teste projetivo para a investigação de aspectos da personalidade. Hutz e Bandeira (2003) afirmam existir uma ampla literatura sobre a interpretação do teste, passando por obras mais esquemáticas até aquelas que fornecem uma visão mais dinâmica e interpretativa do mesmo. Afirmam ainda haver a possibilidade de identificação, por meio da avaliação do instrumento, de aspectos da personalidade como ansiedade ou desajuste social.

Os estudos que utilizam o DFH como medida emocional baseiam-se, sobretudo, nas ideias psicanalíticas. Dentre eles destacam-se os de Machover, iniciados no fim da década de 1940, onde a mesma afirmava que a figura desenhada representaria o sujeito e sua interação com o ambiente (Wechsler, 2003). Este ponto de vista é aplicado pela maioria dos psicólogos brasileiros, onde, em contrapartida de outras partes do mundo, que utilizam o DFH sobretudo como medida cognitiva, no Brasil ele é analisado como medida de personalidade e com base na ideia de projeção.

Sob uma visão projetiva da produção do desenho, Hammer (1991) nomeia algumas características que devem ser observadas: tamanho do desenho, pressão para executá-lo, qualidade dos traços, detalhes, simetria, localização, movimento, entre outros. Desenhos muito pequenos seriam produções de indivíduos com sentimentos de inadequação, inferioridade ou tendência ao retraimento, por sua vez, os desenhos grandes demais seriam indicadores de comportamento agressivo. Em relação a pressão do desenho, levanta-se a hipótese de que desenhos com linhas leves seriam indicadores de sentimentos depressivos ou de inadequação.

Os traços longos seriam indicadores de um comportamento mais controlado, contrariamente aos traços curtos, que indicariam impulsividade. A ausência de detalhes poderia ser interpretada por sentimentos de vazio e energia reduzida, o que pode ser resultado de retraimento ou depressão, o excesso de detalhes em seu turno poderia ser fruto de comportamentos obsessivos. Alguma indicação de movimento nos desenhos pode demonstrar inteligência acima da média.

Baseando-se nos estudos de Machover e Hammer, além de sua própria experiência clínica, Koppitz (1974) desenvolveu, no final da década de 1960, um método de avaliação de aspectos emocionais no DFH em crianças. A pesquisadora estabeleceu uma lista de 30 indicadores emocionais que poderiam diferenciar crianças sem e com problemas emocionais, estas últimas podendo ser destinadas para atendimento clínico. De acordo com esse método, a presença de dois ou mais indicadores, sobretudo em crianças com mais de nove anos de idade, indicaria a existência de algum possível desajuste emocional.

Com o objetivo de identificar itens específicos que pudessem discriminar diferentes grupos de crianças em relação ao desempenho na execução do DFH, Koppitz (1974) realizou estudos com grupos específicos, comparando crianças portadoras de diferentes problemas emocionais. Como resultado, alguns itens mostraram-se mais frequentes em determinados grupos. Braços curtos, pernas juntas, omissão do nariz, omissão da boca e nuvens, por exemplo, foram mais frequentes nos desenhos de crianças com problemas psicossomáticos. Figura pequena, omissão da boca e omissão do nariz, mais frequentes nas crianças diagnosticadas como tímidas. E dentes, braços longos, mãos grandes e genitais mostraram-se mais frequentes nas crianças cujo diagnóstico as definia como agressivas.

Estes resultados deram a possibilidade de que itens analíticos fossem agrupados segundo categorias específicas. Assim, a impulsividade poderia ser detectada em elementos como integração pobre, assimetria dos membros, transparências, figura grande e omissão do pescoço. A insegurança/inadequação seria apontada por características como figura inclinada, cabeça pequena, mãos decepadas, monstro ou figura grotesca, omissão dos braços, pernas e pés. A ansiedade se mostraria em características como sombreado da face, sombreado do tronco ou dos membros, sombreado das mãos ou pescoço, pernas unidas, omissão dos olhos e nuvens. A timidez se faria presente por meio de figura pequena, braços pequenos, braços presos ao corpo, omissão do nariz ou da boca. Já a agressividade seria evidenciada por olhos estrábicos, dentes, braços longos, mãos grandes e genitais (Arteche, 2006).

Além dos itens desenvolvimentais, Koppitz (1974) elaborou uma lista de indicadores emocionais (IE) atrelados à produção do desenho, este conjunto de sinais estaria relacionado de modo primário às atitudes e preocupações subjacentes do executor. Dessa forma, seria necessário um conhecimento amplo dos indicadores emocionais e desenvolvimentais em cada faixa etária para a adequada interpretação das produções. A autora define como Indicadores Emocionais os sinais objetivos que não se relacionam com a idade e maturidade desenvolvimental da criança. Assim, é definido como um IE um sinal que tem validade clínica e tem capacidade de diferenciar os executores entre os que possuem e não possuem problemas emocionais, pois é pouco produzido pelas crianças sem problemas emocionais na faixa etária avaliada (menos de 16%) e não está relacionado à (falta de)maturidade de desenvolvimento cognitivo dos executores do desenho. Salienta-se que os IE apenas sugerem a presença de conflitos emocionais e que para confirmar tal hipótese deve-se aprofundar na investigação sobre cada indivíduo. A presença de apenas um indicador não evidenciaria problemas emocionais, mas sim, a partir de dois ou mais indicadores. Inicialmente, Koppitz (1974) elaborou uma listagem com 38 sinais que poderiam estar relacionados a indicadores emocionais. Tendo os dividido em três grupos diferentes; itens referentes à qualidade do desenho, itens referentes à detalhes não habituais no desenho e itens referentes às omissões. Segue a listagem elaborada pela autora:

I. Itens qualitativos

- Traço fragmentado
- Integração pobre das partes da figura
- Sombreado no rosto ou em parte do rosto
- Sombreado no corpo e/ou extremidades
- Sombreado na mão e/ou pescoço
- Assimetria exagerada das extremidades
- Inclinação da figura em 15° ou mais
- Figura pequena (5cm ou menos)
- Figura grande (23cm ou mais)
- Transparências

II. Itens não habituais

- Cabeça pequena
- Cabeça grande
- Olhos vazados

- Olhos voltados para fora
- Olhos voltados para dentro
- Dentes
- Braços curtos
- Braços longos
- Braços aderidos ao corpo
- Mãos grandes
- Mãos omitidas
- Mãos ocultas por trás das costas ou bolsos
- Pernas juntas
- Genitais
- Figura monstruosa ou grotesca
- Desenho espontâneo de três ou mais figuras
- Figura cortada pela borda da folha
- Linha de base, figura na borda da folha
- Sol ou lua
- Nuvens, chuva ou neve

III. Omissões

- Omissão dos olhos
- Omissão do nariz
- Omissão da boca
- Omissão do corpo
- Omissão dos braços
- Omissão das pernas
- Omissão dos pés
- Omissão do pescoço

A autora prosseguiu com a condução de um estudo normativo para os IEs visando o cumprimento de dois critérios: tais indicadores não deveriam ter relação com a maturidade cognitiva dos participantes, dessa forma, não deveriam aumentar de frequência com o aumento da idade e deveriam ser raros, não ocorrendo em mais de 15% da amostra em determinada idade. Como conclusão, o estudo (Koppitz, 1974) pode validar 30 IEs, apresentados a seguir:

1. *Integração pobre das partes*: uma ou mais partes não unida ao resto da figura, uma parte unida apenas por uma linha ou apenas tocando o resto do desenho.
2. *Sombreado no rosto*: sombreado deliberado de todo o rosto ou parte dele, um sombreado suave no rosto ou mãos apenas para representar a cor da pele não deve ser considerado.
3. *Sombreado no corpo e/ou extremidades*.
4. *Sombreado nas mãos e/ou pescoço*.
5. *Assimetria exagerada das extremidades*: um braço ou perna marcadamente diferente do outro quanto a forma, diferenças de tamanho não são consideradas.
6. *Figura inclinada*: a partir de 15°.
7. *Figura pequena*: menos de 5cm.
8. *Figura grande*: mais de 23 cm.
9. *Transparências*.
10. *Cabeça pequena*: menor do que 1/10 da figura total.
11. *Olhos vsgos ou desviados*: voltados para dentro ou para fora.
12. *Dentes*: Qualquer representação de um ou mais dentes.
13. *Braços curtos*: não devem chegar a cintura.
14. *Braços longos*: chegando até os joelhos
15. *Braços colados no corpo*: não há espaço entre os braços e o corpo.
16. *Mãos grandes*: maiores do que o rosto.
17. *Mãos omitidas*: braços sem mãos nem dedos, não se consideram mãos ocultas pelo corpo ou por bolsos.
18. *Pernas juntas*: ausência de espaço entre as mesmas.
19. *Genitais*: representação realista ou inconfundivelmente simbólica dos mesmos.
20. *Monstro ou figura grotesca*: figura que representa uma pessoa ridícula, degradada ou não humana, a aparência grotesca deve ser deliberadamente produzida pela criança, não devendo ter relação com sua eventual imaturidade cognitiva.
21. *Desenho espontâneo de três ou mais figuras*.
22. *Nuvens*: qualquer representação de nuvens, chuva, neve ou pássaros voando.
23. *Omissão dos olhos*: ausência total dos olhos, se tiverem fechados não são computados.
24. *Omissão do nariz*.
25. *Omissão da boca*.

- 26. *Omissão do corpo.*
- 27. *Omissão dos braços.*
- 28. *Omissão das pernas.*
- 29. *Omissão dos pés.*
- 30. *Omissão do pescoço.*

Kobayashi (2015) conduziu um estudo na cidade de São Paulo visando a validação dos 30 Indicadores Emocionais (IEs) elaborados por Koppitz, no qual foram considerados a ocorrência rara de determinado indicador (menor que 16%), bem como a ausência de relação deste indicador com a maturidade cognitiva do sujeito. A amostra contou com 1568 participantes com idades variando de 5 a 11 anos, os quais foram solicitados a desenhar uma figura humana do sexo masculino. Foram enviados 416 protocolos aleatórios para juízes, tendo sido obtida uma correlação de 0,782 entre tais juízes. Como resultado, o estudo pode validar todos os IEs originais mensurados variando apenas em função da idade/sexo para cada um. Dentre os participantes 647 (41,3%) não apresentaram indicadores, 565 (36%) produziram apenas um IE, 244 (15,6%) apresentaram 2 IEs, 74 (4,7%) produziram 3 IEs, 25 (1,6%) apresentaram 4 IEs, 8 (0,5%) produziram 5 IEs, 4(0,3%) apresentaram 6 IEs e 1 (0,1%) apresentou 7 IEs.

Além do estudo de Kobayashi (2015), poucos estudos tiveram a intenção de atualizar as normas e estabelecer padrões de precisão e validade dos IEs para a população brasileira. No entanto, vários estudos do Brasil e estrangeiros obtiveram resultados próximos dos americanos, sugerindo a validade do sistema, alguns serão elencados a seguir (Kobayashi, 2015).

Van Kolck (1973), apud Kobayashi (2015) pode estabelecer uma relação entre os IEs com ansiedade e distúrbios emocionais em crianças por meio da comparação do desempenho no DFH de crianças em atendimento numa clínica psicológica com crianças pareadas num grupo controle.

Um estudo de Celli e Van Kolck (1978) comparou os eventuais IEs de crianças normais e crianças portadoras de deficiências orgânicas, tais como; poliomielite, cardiopatia, surdez profunda e diabetes. O estudo constatou que meninos apresentam maior desajustamento emocional do que as meninas, além disso, por meio dos IEs, pode diferenciar as diferentes patologias, bem como o grupo controle.

Azevedo (2003), apud Kobayashi (2015), comparou os desenhos de 30 crianças obesas pareadas com 30 crianças não obesas e pode constatar uma maior quantidade de IEs nas primeiras. Dessa forma, indicando neste grupo maior frequência de distúrbios emocionais.

Fonseca e Capitão (2005) promoveram um estudo onde buscaram saber se a aplicação do DFH baseado nos IEs de Koppitz em conjunto do CAT-A (Teste de apercepção infantil – animal) seriam capazes de discernir crianças que sofreram abuso sexual. O estudo contou com 30 crianças, sendo que 15 haviam sofrido abuso e 15 não. Os resultados mostraram que no grupo de crianças abusadas 66,6% obtiveram um escore de maior ou igual a 3 IEs, em comparação, o grupo de crianças que não havia sofrido abuso 66,6% apresentou até 2 IEs.

Bragheto (2008) conduziu um estudo de comparação entre crianças portadoras de HIV/Aids e crianças sem qualquer doença crônica, a pesquisa foi composta por 15 participantes do grupo experimental e 15 do grupo controle. Foram aplicados o Teste de Desempenho Escolar (TDE), o Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ) e o Desenho da Figura Humana (DFH). O TDE não apresentou diferença entre os grupos, o SDQ não discerniu os grupos em relação a aspectos interpessoais e comportamentais, apenas indicou diferenciação no domínio de problemas com colegas, que se mostrou mais baixo no grupo experimental. Por sua vez, o DFH analisado segundo a proposta de Koppitz, indicou diferenças consideráveis entre os grupos, em relação a aspectos maturacionais, houve maior capacidade cognitiva no grupo controle, além disso, as crianças portadoras de HIV apresentaram mais sinais de problemas emocionais.

Há pesquisas que encontraram resultados diferentes aos propostos por Koppitz, como o estudo de Eno, Elliot e Woehlke (1981), apud Kobayashi (2015) contendo grupo controle e experimental que totalizava 316 crianças na faixa etária entre 8 e 16 anos. O critério de diferenciação entre os grupos foi a presença de problemas de leitura, este estudo não obteve diferença estatística significativa com base nos IEs que pudesse diferenciar os participantes. Vale ressaltar que nem sempre problemas de leitura estão associados a conflitos emocionais.

Dessa forma, aponta-se para a necessidade de um estabelecimento de normas para cada região e cultura onde o instrumento for aplicado. Bem como um diagnóstico mais holístico não baseado apenas na presença de 2 IEs, mas amparado em diversos aspectos psíquicos do sujeito em avaliação (Kobayashi, 2015).

Silva e Cols. (2010) consideram a análise de aspectos projetivos do desenho importante para detalhar características da personalidade do indivíduo. No entanto, como evidenciado por Hutz e Bandeira (2003), muitos psicólogos no Brasil utilizam sistemas americanos e desatualizados no processo de análise dos desenhos. Assim, os autores ressaltam a importância de conhecer a validade e a fidedignidade de um instrumento, não incorrendo em erros prejudiciais aos indivíduos avaliados.

Grassano (1996), apud Silva e cols. (2010) afirma que a análise de aspectos projetivos no desenho se justifica pelo fato de que em testes gráficos o controle consciente ou inconsciente seria menor. Os autores salientam a importância do inquérito posterior ao desenho, uma vez que tal procedimento possibilitaria investigar melhor aspectos da personalidade de seu executor.

É importante considerar que um teste psicológico como o DFH consiste numa possibilidade de norteamto para psicólogos frente a uma necessidade de diagnóstico. Ressalta-se, entretanto, que os testes psicológicos jamais terão a validade e fidedignidade de um exame laboratorial. Isso se justifica pelos testes mensurarem características cognitivas e da personalidade, que são elementos com muitos componentes subjetivos (Hutz e Bandeira, 2003).

CAP. 3. JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E HIPÓTESES

Como já exposto anteriormente, o diagnóstico do TDAH se mostra uma tarefa complexa, porém com repercussões importantes na vida das crianças e adolescentes. Dessa forma, defende-se a necessidade de profissionais bem preparados e com uma postura holística para estabelecer uma possível identificação do distúrbio. Assim, acredita-se que o uso de instrumentos de avaliação psicológica possa ser um recurso importante no sentido de oferecer subsídios que possam aumentar a confiabilidade na identificação do TDAH.

Baseado nessa premissa, se inseriu a justificação para o presente estudo, o qual pretendeu, por meio da aplicação do Desenho da Figura Humana, bem como sua análise posterior, identificar possíveis indicadores da presença do TDAH em crianças, visando uma diferenciação entre aquelas portadoras e não portadoras do distúrbio. Dessa forma, o estudo poderia subsidiar o uso de mais um instrumento pelos psicólogos que auxiliaria no reconhecimento do transtorno.

3.1. Objetivo Geral

Comparar o desempenho no DFH de uma amostra de alunos do 1º. Ciclo do Ensino Fundamental (EF) com diagnóstico de TDAH, a um grupo de crianças com características sociodemográficas e de desempenho escolar equivalentes, porém sem diagnóstico do transtorno.

3.2. Objetivos Específicos

1. Realização de uma análise diferencial do desempenho de alunos do EF – com e sem diagnóstico de TDAH - em função de seus resultados no DFH, considerando aspectos do desenvolvimento cognitivo, segundo Weschler (2013).

2. Realização de uma análise diferencial do desempenho de alunos do EF – com e sem diagnóstico de TDAH - quanto aos indicadores emocionais propostos por Koppitz (1974) e balizados em função da idade e sexo de acordo com Kobayashi (2015).

3.3. Hipóteses

Dadas as propriedades psicométricas e projetivas atribuídas pelos teóricos ao Desenho da Figura Humana (Hammer, 1991, Koppitz, 1974; Weschler, 2003), esperava-se que:

1. Fossem encontradas diferenças em termos de maturidade cognitiva entre os participantes do grupo clínico e de comparação, uma vez que, embora déficits intelectuais não façam parte dos sintomas do TDAH, a não ser no caso de comorbidades, estudos tem encontrado pior desempenho nos portadores do distúrbio quando comparados à população geral (Graeff & Vaz, 2006). No caso do presente estudo, tal resultado poderia ser obtido pelo fato da desatenção e/ou impulsividade levar a um menor detalhamento da figura desenhada.
2. Fossem encontrados com mais frequência no grupo clínico indicadores relacionados à impulsividade (dificuldade de controle), bem como relacionados a possíveis disfunções neurológicas (em termos de qualidade do traço, por exemplo).
3. Fosse encontrada maior frequência de indicadores emocionais no grupo clínico, tendo em vista os problemas comportamentais frequentemente apresentados pelos portadores do distúrbio (Rotta, 2016).

CAP. 4. MÉTODO

4.1. Delineamento

Trata-se de um estudo quase experimental, de caráter exploratório, que buscou comparar o desempenho de crianças com e sem TDAH, na realização do Desenho da Figura Humana. Para isso foram compostos dois grupos de alunos dos anos iniciais do Ensino Fundamental, os quais tinham idades e características psicossociais semelhantes e se diferenciavam pelo diagnóstico (ou não) de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade já efetuado. Buscou-se excluir os participantes que já estivessem sob uso de medicação contra o transtorno, no entanto, frente a dificuldade em recrutar participantes com diagnóstico de TDAH, tal condição não foi plenamente cumprida.

4.2. Participantes

O estudo contou com a participação de 20 crianças com idades variando entre 6 e 12 anos divididos em dois grupos: o Grupo Clínico e o Grupo Controle. O Grupo Clínico foi composto por 10 crianças diagnosticadas com TDAH, selecionadas em quatro locais diferentes: Ambulatório de Distúrbios do Comportamento e da Aprendizagem (ADCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Centro de Atividades Educacionais Especializadas de Ribeirão Preto (CAEERP) e CAPS – I do município de Ribeirão Preto – SP. Pretendeu-se contatar os possíveis participantes do grupo clínico dentre as crianças que tinham recebido o diagnóstico de TDAH, mas que estivessem sem uso de medicação. O Grupo Controle foi formado por 10 estudantes sem diagnóstico de TDAH, recrutados em escola escolhida por conveniência.

Os alunos convidados a participar do Grupo Controle apresentavam características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico e padrão de aprendizagem) equivalentes aos dos participantes do Grupo Clínico. O estudo procurou excluir de ambos os grupos os alunos que apresentassem outras queixas comportamentais ou comorbidades. A seguir, uma tabela com breve descrição dos participantes

Quadro 2 - Descrição dos Participantes.

Grupo Clínico					Grupo Controle				
Particip.	Idade	Sexo	Ano Escolar	Dific. Escol.	Particip.	Idade	Sexo	Ano Escolar	Dific. Escol.
I.	9	F	3º ano	Sim	L.	9	F	4º ano	Sim
R.	10	M	5º ano	Sim	F.	10	M	5º ano	Sim
L.E.	6	M	1º ano	Não	R.H.	6	M	1º ano	Não
Y.	7	F	2º ano	Sim	V.	8	F	2º ano	Sim
P.	8	M	3º ano	Sim	E.	8	M	3º ano	Sim
M.	10	M	3º ano	Sim	J.	11	M	5º ano	Sim
V.H.	7	M	2º ano	Sim	G.	7	M	2º ano	Sim
D.	11	M	6º ano	Sim	J.I.	10	M	4º ano	Sim
H.	6	M	1º ano	Sim	J.P.R.	6	M	1º ano	Sim
J.P.	11	M	6º ano	Sim	J.H.	12	M	6º ano	Sim

4.3 Instrumentos

Os instrumentos e materiais utilizados na coleta de dados foram os seguintes:

1. Teste do Desenho da Figura Humana (folhas de papel sulfite tamanho A4, lápis preto no. 2, borracha e apontador)

O DFH consiste num teste gráfico amplamente usado por profissionais da psicologia. O instrumento tem diferentes sistemas de correção que se baseiam em variadas vertentes teóricas. Pode ser aplicado visando a uma mensuração do desenvolvimento cognitivo em crianças até os doze anos de idade, assim como para identificar traços de personalidade e/ou indicadores emocionais em crianças, jovens ou adultos.

O desenho pode ser considerado uma técnica natural e agradável para refletir a dinâmica psíquica infantil, pois as crianças têm facilidade em aceitar a tarefa de desenhar. Dessa forma, o DFH consiste num recurso recorrente para integrar o psicodiagnóstico infantil (Cariola, 2006).

2. Breve questionário (anexo A) para a obtenção de informações sociodemográficas, de desempenho escolar e relativas ao diagnóstico e tratamento (uso de medicação).

4.4. Procedimentos

A aplicação do instrumento (DFH) de modo individual foi efetuada de modo individual pelo pesquisador, em diferentes ambientes. Nos participantes do grupo clínico, ela foi feita nas dependências do HC/RP, nas dependências do Centro de Psicologia Aplicada – FFCLRP/USP, nas dependências do Centro de Atividades Educacionais Especializadas de Ribeirão Preto (CAEERP) e nas dependências do CAPS – I do município de Ribeirão Preto – SP. Nos participantes do grupo controle, a aplicação se deu na própria escola dos sujeitos. Para a aplicação utilizou-se uma sala silenciosa, de modo a propiciar a privacidade para o adequado andamento do teste. Conforme as normas de aplicação do teste (Wechsler, 2003), foi solicitado aos participantes o desenho de duas figuras humanas, completas e sem o recurso a esquematizações (figuras desenhadas através de “palitinhos”), sendo que a criança pode iniciar o teste pela figura de sua preferência.

O uso do questionário (anexo A) foi aplicado ao acompanhante da criança (geralmente a mãe) no caso dos participantes do Grupo clínico. No caso dos participantes do Grupo de comparação as informações foram obtidas pela própria criança e complementados pelos responsáveis da escola (professores ou coordenadores). O uso deste instrumento justificou-se pela necessidade de obter dados sociodemográficos dos participantes, bem como eventuais queixas escolares.

4.5. Análise de Dados

A análise se baseou na interpretação dos desenhos obtidos, de acordo com as normas brasileiras (Wechsler, 2003), buscando-se comparar tanto a pontuação total (nível de maturidade cognitiva) quanto a frequência de ocorrência de aspectos considerados indicadores de problemas emocionais entre os grupos, de acordo com a proposta de Koppitz (1984) e revalidada por Kobayashi (2015), que foi utilizada para a confirmação de validade de cada eventual indicador produzido em função da faixa etária avaliada. A utilização do estudo de Kobayashi (2015) se justifica pela proximidade geográfica e de tempo com o presente estudo.

Dentre outros aspectos, buscou-se comparar os desenhos dos grupos clínico e controle, em termos do tipo de indicadores emocionais mais frequentes, além de outros elementos que

podiam estar relacionados à agitação, à desatenção e à impulsividade. Nesse sentido foram analisados também aspectos relativos ao tamanho e posição do desenho na página, à pressão do lápis e à qualidade do traçado, além da presença de elementos da figura humana esperados para cada faixa etária.

Foram levados em conta também eventuais dados qualitativos observados durante a aplicação do instrumento, relacionados ao comportamento da criança na situação de teste, bem como aos procedimentos empregados durante a elaboração do desenho (ordem das partes desenhadas, por exemplo). As pontuações obtidas pelos grupos clínico e controle na avaliação dos desenhos foram tabuladas no programa Stastical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 e comparadas mediante testes estatísticos apropriados; Qui-quadrado quando foram analisadas variáveis nominais, como a presença ou ausência de algum item e teste de Mann-Whitney quando foram analisadas variáveis escalares como pontuação bruta ou quantidade de indicadores emocionais.

Em sequência a lista dos indicadores emocionais elaborados por Koppitz (1974) e revalidados por Kobayashi (2015) e em seguida a quais traços de personalidade os mesmos estariam associados (Vásquez e Chang, S.D.):

Quadro 3: Indicadores Emocionais no DFH (F: participantes do sexo feminino; M: participantes do sexo masculino)

INDICADOR EMOCIONAL	IDADE	INDICADOR EMOCIONAL	IDADE
1.Integração pobre das partes.	F: 7 a 11 anos M: 5 a 11 anos	16. Mãos grandes.	5 a 11 anos (geral).
2.Sombreado no rosto.	5 a 11 anos (geral).	17. Mãos seccionadas ou omitidas.	8 a 11 anos (geral).
3.Sombreado no corpo e/ou extremidades	5 a 11 anos (geral).	18. Pernas juntas.	F: 5 a 6 anos. M: 5 a 8 anos.
4.Sombreado nas mãos e/ou pescoço.	5 a 11 anos (geral).	19. Genitais.	5 a 11 anos (geral).
5.Assimetria grosseira nas extremidades.	5 a 11 anos (geral).	20. Figura Monstruosa ou grotesca.	5 a 11 anos (geral)
6.Figura inclinada.	7 a 11 anos (geral).	21. Desenho espontâneo de três ou mais figuras.	5 a 11 anos (geral).
7.Figura pequena.	Apenas meninos de 11 anos.	22. Nuvens, chuva, neve, pássaros voando.	5 a 11 anos (geral).
8.Figura grande.	5 a 11 anos (geral).	23. Omissão dos olhos.	5 a 11 anos (geral).
9.Transparência.	5 a 11 anos (geral).	24. Omissão do nariz.	F: 8 a 11 anos. M: 7 a 11 anos.
10.Cabeça pequena.	5 a 11 anos (geral).	25. Omissão da boca.	5 a 11 anos (geral).
11.Olhos desviados.	5 a 11 anos (geral).	26. Omissão do tronco.	F: 5 a 11 anos. M: 6 a 11 anos.
12.Dentes	F: 5 a 11 anos. M: 5 a 9 anos.	27. Omissão dos braços.	F: 5 a 11 anos. M: 6 a 11 anos.
13.Braços curtos.	Flutuante*	28. Omissão das pernas.	5 a 11 anos (geral).
14.Braços longos	5 a 11 anos (geral)	29. Omissão dos pés	F: 7 a 11 anos. M: 6 a 11 anos.
15.Braços colados ao corpo	5 a 11 anos (geral)	30. Omissão do Pescoço.	F: 9 a 11 anos. M: 10 a 11 anos.

*Este item apresentou frequência flutuante na faixa de idade entre 5 e 9 anos, tendo se tornado IE para meninas a partir dos 10 anos e para meninos, aos 5 e aos 7 anos, mas não aos 6 e 8, voltando a ser IE a partir dos 9. Fonte: Koppitz (1974), Kobayashi (2015).

TRAÇOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AOS INDICADORES EMOCIONAIS

1. Impulsividade: 1 Integração pobre das partes da figura, 5 Assimetria grosseira das extremidades, 8 Figura grande, 9 Transparência, 30 Omissão do pescoço.

2. Insegurança, Sentimentos de Inadequação: 6 Figura inclinada, 10 Cabeça pequena, 17 Mãos seccionadas ou omitidas, 20 Figura monstruosa ou grotesca, 27 Omissão dos braços, 28 Omissão das pernas, 29 Omissão dos pés.

3. Ansiedade: 2 Sombreado do rosto, 3 Sombreado do corpo e/ou extremidades, 4 Sombreado das mãos e/ou pescoço, 18 Pernas juntas, 22 Nuvens, chuva, neve, pássaros voando, 23 Omissão dos olhos.

4. Timidez: 7 Figura pequena, 13 Braços curtos, 15 Braços colados no corpo, 24 Omissão do nariz, 25 Omissão da boca, 29 Omissão dos pés.

5. Ira, Agressividade: 11 Olhos desviados, 12 Dentes, 14 Braços longos, 16 Mãos grandes, 19 Figura nua, genitais.

6. Mau Desempenho Escolar: 1 Integração pobre das partes da figura, 7 Figura pequena, 20 Figura monstruosa ou grotesca, 21 Desenho espontâneo de três ou mais figuras, 25 Omissão da boca, 26 Omissão do corpo, 27 Omissão dos braços.

4.6. Procedimentos Éticos

De acordo com a resolução 466 de 12/12/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinados aos pais ou responsáveis pelas crianças que participam da pesquisa, um termo para o grupo controle e outro para o grupo experimental. Nesses documentos constavam as informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como esclarecimentos aos participantes e seus responsáveis legais sobre a possibilidade de desistirem de participar do estudo a qualquer momento e sobre o sigilo quanto à identidade dos participantes (ANEXOS B e C).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto para avaliar suas possibilidades de concretização e a coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto pelo referido comitê (Anexo D).

CAP. 5 RESULTADOS

5.1 Análise Quantitativa

A análise quantitativa dos dados se baseou na interpretação dos desenhos realizados pelos participantes, de acordo com as normas brasileiras do DFH (Wechsler, 2003), buscando-se comparar os grupos (clínico e controle) tanto no que se refere à pontuação total obtida, indicativa do nível de maturidade cognitiva dos participantes, quanto à ocorrência (ou não) de cada um dos itens elencados no manual para a avaliação dos desenhos, tanto da figura feminina, quanto masculina. Os resultados foram tabulados em uma planilha excel e depois transpostos para o programa SPSS. Dado o tamanho reduzido da amostra, optou-se pela utilização de testes não paramétricos para as análises realizadas.

A presença ou ausência (omissão) dos itens foi computada para cada participante, sendo posteriormente calculado o Qui-quadrado a fim de testar a hipótese da associação de determinado item (ou sua ausência) a determinado grupo. Nessa análise, o único item que sugere alguma relação (associação) com o grupo foi a ausência de pescoço no desenho da figura feminina, já que este foi desenhado por 90% das crianças do grupo controle e apenas 50% dos participantes do grupo clínico. Entretanto, embora o valor de Qui-quadrado (X^2) tenha se mostrado muito próximo da significância estatística ($p=0,051$), a correção utilizada através do teste Exato de Fischer (necessária quando há frequências esperadas menores do que 5), indica um valor de p não significativo, conforme pode ser observado na Tabela 1, apresentada a seguir.

É importante considerar, entretanto, o reduzido tamanho da amostra estudada, sugerindo que esse traço poderia adquirir significância em uma amostra mais robusta. Chama a atenção também o significado geralmente atribuído à ausência de pescoço no desenho da figura humana. Segundo Koppitz (1974), a ausência de pescoço indicaria impulsividade, imaturidade e pobre controle interno, para Van Kolck (1981) esta omissão estaria associada a libertação, ou perda de controle, além de desamparo perante os impulsos, imaturidade ou regressão.

Tabela 1 – Frequências obtidas a partir da análise do item F13a (presença de pescoço na Fig. Fem) do DFH.

		Grupo		Total
		Controle	Clinico	
F13a Pescoço Presente	Não	1 (10%)	5 (50%)	6
	Sim	9 (90%)	5 (50%)	14
Total		10 (100%)	10 (100%)	20

A seguir são apresentados os resultados da comparação entre os grupos com relação às pontuações brutas e aos percentis obtidos nos desenhos da figura humana feminino, masculino e à pontuação total. A análise foi realizada através do Teste de Mann-Whitney, utilizado para comparar duas amostras independentes. Os resultados, apresentados na Tabela 2, indicam que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para nenhuma dessas medidas, sugerindo a inexistência de diferenças na maturidade cognitiva entre os grupos estudados. Observa-se, entretanto, que o grupo clínico se saiu pior do que o controle em todas as medidas, ficando seu percentil geral (Mediana do grupo) abaixo da média esperada em maturidade cognitiva, enquanto o grupo controle obteve percentil geral ainda no limite inferior da zona média, sugerindo, portanto, melhor desempenho deste último grupo.

Tabela 2 – Resultados do teste de Mann-Whitney para comparação do desempenho dos grupos Clínico e Controle no DFH (maturidade cognitiva).

	Pont. Bruta Fig. Fem.	Percentil Fig. Fem.	Pont. Bruta Fig. Masc	Percentil Fig. Masc	Pont. Bruta Total	Percentil Total
Grupo Clínico (Medianas)	24.50	17.00	23.50	21.00	48.00	19.50
Grupo Controle (Medianas)	25.00	24.00	27.00	24.50	51.50	25.00
U de Mann- Whitney	46.50	44.50	47.00	47.00	47.50	49.50
Sig. (p)	0.791	0.677	0.820	0.820	0.850	0.970

Quanto aos Indicadores Emocionais, em termos de quantidade, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, conforme indicam os resultados do teste de Mann-Whitney apresentados na tabela 3. O teste de Qui-quadrado, realizado para testar a associação entre apresentar indicadores emocionais a nível clínico (2 ou mais) também não identificou diferenças significativas entre os grupos ($X^2 = 1,978$, $gl = 1$, $p = 0,350$)

Tabela 3 - Resultados do teste de Mann-Whitney para comparação da quantidade de Indicadores Emocionais apresentada pelos grupos Clínico e Controle.

			Indic_Emoc_ Fem	Indic_Emoc_ Masc	Indic_Emoc_ Total
Grupo	Controle	(mediana)	1,50	1,50	2,50
Grupo	Clínico	(mediana)	2,00	1,00	3,50
U de Mann-Whitney			40.000	39.000	48.000
Sig.			0.436	0.392	0.879

Com relação ao tamanho das figuras desenhadas, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, nem no caso da figura feminina ($X^2=2,533$; $gl = 4$; $p = 0,639$) nem da figura masculina ($X^2=5,143$; $gl = 4$; $p = 0,273$).

A análise da posição dos desenhos na folha também não chegou a alcançar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto no caso da figura feminina ($X^2= 9,333$; $gl = 5$; $p = 0,096$) quanto no caso da figura masculina ($X^2= 4,800$; $gl = 4$; $p = 0,308$). Observou-se, porém maior tendência dos participantes do grupo controle a usarem a metade inferior da folha (cerca de 85% dos desenhos dos participantes do grupo controle foram feitos na parte inferior da folha, preferencialmente no canto esquerdo).

Quanto às características do traçado indicadoras de coordenação motora fina (itens 16 a e 16 b do DFH), os resultados obtidos a partir da soma das pontuações das duas figuras nos dois itens considerados para a realização da comparação entre os grupos são apresentados na tabela 4, a seguir. Embora não tenha sido observada diferença significativa entre os grupos a

partir da análise inferencial efetuada ($X^2 = 3,086$; $gl = 2$; $p = 0,214$), percebe-se que indicadores de dificuldades na coordenação motora fina são mais frequentes no grupo clínico.

Tabela 4 – Frequências obtidas a partir da análise dos itens 16 a e 16 b (Coord. Motora) do DFH

Coordenação Motora	Grupo		Total
	Controle	Clínico	
Ruim	2 (29%)	5 (71%)	7 (100%)
Razoável	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)
Boa	4 (80%)	1 (20%)	5 (100%)
Total	10	10	20

5.2 Análise Qualitativa

A seguir é apresentada uma análise qualitativa dos desenhos, realizada a partir da comparação entre as duplas de participantes (grupo clínico x grupo controle) compostas em função do pareamento das variáveis sexo, idade, nível e dificuldade de escolaridade. As produções das figuras femininas e masculinas dos participantes foram acrescentadas ao final de cada quadro, no entanto, tem caráter apenas ilustrativo, não sendo necessariamente proporcionais ao tamanho real das produções.

Quadro 4 - Participante I. (Grupo Clínico)

<p>Idade: nove anos e dois meses. Sexo: Feminino.</p> <p>TDAH: Misto. Uso de Medicação: Não.</p> <p>Escolaridade: 3º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: mãe, irmãos e avó materna (o pai mora fora e não tem contato com a família).</p> <p>Tempo de Execução: 3 minutos. Figura inicial: Masculina</p> <p>Pontuação Bruta Total: 63 Percentil Total: 47.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: A criança se manteve colaborativa durante a execução, embora de início tenha se negado a fazer os desenhos.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior Esquerda.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 29. Percentil: 32.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>	<p>Posição no papel: Inferior Esquerda.</p> <p>Tamanho da Figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve). Traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 34 Percentil: 63.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>

Quadro 5 - Participante L. (Grupo Controle)

<p>Idade: nove anos e dez meses. Sexo: Feminino.</p> <p>Escolaridade: 4º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Matemática.</p> <p>Composição Familiar: mãe, padrasto e irmão, pai biológico falecido.</p> <p>Tempo de Execução: 12 minutos. Figura inicial: Feminina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 59. Percentil Total: 23.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: A criança se manteve colaborativa durante a execução, além de bastante comunicativa.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da Figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Leve (nível do lápis nº 3 ou 4) e traço de avanços e recuos.</p> <p>Pontuação Bruta: 30. Percentil: 25.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 17 (omissão das mãos), 28 (omissão das pernas), 29 (omissão dos pés).</p>	<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da Figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Leve (nível do lápis nº 3 ou 4) e traço de avanços e recuos.</p> <p>Pontuação Bruta: 29. Percentil: 23.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 29 (omissão dos pés), 30 (omissão do pescoço).</p>

A participante I., pertencente ao grupo clínico e diagnosticada com TDAH do subtipo misto, ainda sem fazer uso de medicação, obteve classificação média referente ao nível de maturidade cognitiva, tanto no resultado geral, quanto no desenho de cada figura. Além disso, I. não produziu nenhum IE nos desenhos, indicando que, mesmo tendo recebido diagnóstico de TDAH, a participante não possui conflitos emocionais evidenciados pelo DFH.

A participante L. que pertence ao grupo controle, obteve classificação cognitiva média no resultado geral e na produção de sua figura feminina, no entanto, esteve abaixo da média em sua produção de figura masculina. L. foi a participante que mais tempo levou para concluir os desenhos, 12 minutos, aproximadamente, é possível que tal situação tenha sido resultado de seu comportamento excessivamente falante durante a execução dos desenhos. A participante produziu três IEs no desenho da figura feminina e dois no desenho da figura masculina, o que sugere a existência de conflitos emocionais relacionados à insegurança, sentimentos de inadequação, impulsividade e mau desempenho escolar. Porém, deve ser levado em conta que seu comportamento falante possa tê-la prejudicado ao não compreender adequadamente as instruções do aplicador, pois a mesma não desenhou os componentes de baixo do corpo (como pernas e pés) em uma das figuras.

L., produziu figuras com o traço leve e executado com avanços e recuos. O traço leve se associa a insegurança, timidez e sentimento de incapacidade, mas também pode estar relacionado a personalidade muito sensível e artística, já a característica do traço com avanços e recuos está relacionada a emotividade, ansiedade, falta de confiança em si, timidez, insegurança, hesitação no encontro de novas situações, no entanto, pode também estar associado a sentido artístico, intuição e sensibilidade. A avaliação da qualidade artística dos desenhos aponta para o uso do traço de avanços e recuos mais como uma habilidade artística no caso da participante L, haja vista a qualidade de sua produção.

De modo geral, é possível afirmar que esta dupla pareada apresentou desempenho semelhante em relação às capacidades cognitivas. No entanto, no que se refere aos aspectos emocionais, percebe-se que a participante do grupo controle apresentou mais indicadores de possível conflito emocional.

Quadro 6 - Participante R. (Grupo Clínico)

<p>Idade: dez anos e dez meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Desatento. Uso de Medicação: Não.</p> <p>Escolaridade: 5º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: mãe e avó (o pai é andarilho).</p> <p>Tempo de Execução: 4 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 45. Percentil Total: 9.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Observações do Aplicador: Perguntou mais de uma vez se deveria começar pelo sexo feminino ou masculino, aparentou ser mais dedicado ao desenho da figura feminina, inclusive perguntando se deveria desenhar os seios.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 23. Percentil: 10.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 10 (cabeça pequena) e 24 (omissão do nariz).</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 22. Percentil: 9.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da Média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 10 (cabeça pequena) e 13 (braços curtos).</p>

Quadro 7 - Participante F. (Grupo Controle)

<p>Idade: dez anos e dez meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 5º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: mãe, pai e 5 irmãos (sendo 2 irmãos apenas maternos).</p> <p>Tempo de Execução: 7 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 58. Percentil Total: 32.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se bastante colaborativo e reservado, sendo uma criança silenciosa.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 26. Percentil: 23.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 24 (omissão do nariz).</p>	<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da Figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 32. Percentil: 42.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 24 (omissão do nariz).</p>

O participante R. pertencia ao grupo clínico, tendo recebido diagnóstico de TDAH do subtipo desatento e ainda não havia iniciado o uso de medicação. R obteve classificação de maturidade cognitiva abaixo da média na pontuação geral e também na produção de figura masculina e feminina. O participante produziu dois IEs na figura feminina e também na figura masculina, indicando sinais de conflito emocional relacionados à timidez, insegurança e sentimentos de inadequação.

O participante F. pertencente ao grupo controle foi classificado quanto à maturidade cognitiva geral como médio, assim como em sua produção da figura masculina. No entanto, seu desempenho relacionado à maturidade cognitiva na figura feminina situou-se abaixo da média. Além disso, F. produziu o IE 24, relacionado à ausência de nariz, mas a produção de apenas esse IE sugere que F. não apresenta sinal de conflito emocional.

O desempenho do participante R., pertencente ao grupo clínico, em relação às capacidades cognitivas situou-se abaixo do desempenho do participante F., haja vista que os resultados de R. se situaram todos abaixo da média, ao passo que F apresentou como resultados as classificações de abaixo da média e médio no que tange à maturidade cognitiva. É possível afirmar também que contrariamente ao participante F., R. apresentou sinais de conflito psíquico por meio da produção de dois IEs em cada figura.

Quadro 8 - Participante L.E. (Grupo Clínico)

<p>Idade: seis anos e dez meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Subtipo não especificado. Uso de Medicação: Não.</p> <p>Escolaridade: 1º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Não apresenta.</p> <p>Composição Familiar: mãe, padrasto, avô e 2 irmãos.</p> <p>Tempo de Execução: 2 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 31. Percentil Total: 10.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Observações do Aplicador: Se manteve bastante agitado durante a execução dos desenhos, fazendo perguntas sobre a sala de aplicação e assuntos aleatórios.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Superior esquerda.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 15. Percentil: 12.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>	<p>Posição no papel: Superior esquerda.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 16. Percentil: 12.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>

Quadro 9 - Participante R.H. (Grupo Controle)

<p>Idade: seis anos e seis meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 1º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Não apresenta.</p> <p>Composição Familiar: mãe, pai e 2 irmãos.</p> <p>Tempo de execução: 3 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 49. Percentil Total: 61.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: Se manteve colaborativo e comunicativo ao longo da execução.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 22. Percentil: 47.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>	<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 27. Percentil: 70.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 10 (cabeça pequena) e 21 (desenho espontâneo de 3 ou mais figuras).</p>

O participante L.E., pertencente ao grupo clínico, tinha diagnóstico de TDAH sem especificação de subtipo e não usava medicamento no momento da aplicação do instrumento. Obteve classificação abaixo da média em relação à maturidade cognitiva, tanto na pontuação geral, como em cada figura produzida. No entanto, não apresentou nenhum IE, fazendo crer que não apresenta situações de conflito psíquico reveladas pelo DFH.

O participante R.H. (grupo controle), por sua vez, no padrão geral, bem como em ambas as produções de figuras, obteve a classificação média em relação à maturação cognitiva. Por outro lado, tal participante produziu dois IEs em sua figura masculina, indicativos de insegurança e sentimentos de inadequação. É possível inferir que a baixa idade do participante tenha influenciado em sua compreensão das instruções do aplicador, o que pode ter decorrido na produção do IE 21, dessa forma, não estaria necessariamente relacionado a conflito psíquico.

O desempenho desta dupla pareada foi consideravelmente divergente, sobretudo no que tange à maturidade cognitiva, pois L.E. (grupo clínico) obteve resultado abaixo da média tanto no padrão geral, como na produção de cada figura, inclusive situando-se próximo a margem de limite mínimo da classificação média. Já R.H. (grupo controle), obteve desempenho médio na classificação geral e em cada figura, ressalta-se que na produção da figura masculina o participante esteve próximo do ponto de transição entre desempenho médio e médio superior. No entanto, ao contrário de L.E. que não produziu nenhum IE, R.H. produziu dois, o IE 10 (cabeça pequena) e o IE 21 (desenho espontâneo de 3 ou mais figuras), indicando a possibilidade de conflito emocional. A excessiva rapidez com que L.E. realizou os desenhos (possivelmente atribuída a um traço de impulsividade), poderia explicar seu baixo desempenho no teste, dado que o mesmo não apresenta queixas de mau desempenho escolar.

Quadro 10 - Participante Y. (Grupo Clínico)

Idade: sete anos e nove meses. **Sexo:** Feminino.

TDAH: Subtipo não especificado em comorbidade com TOD (Transtorno Opositor Desafiante). **Uso de Medicação:** Não.

Escolaridade: 2º ano do Ensino Fundamental. **Dificuldades Escolares:** Português e matemática.

Composição Familiar: pai e madrasta.

Tempo de execução: 2 minutos. **Figura inicial:** Feminina.

Pontuação Bruta Total: 53. **Percentil Total:** 42.

Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.

Observações do Aplicador: Manteve-se bastante arredia durante a aplicação e apressada para ir embora, recusou-se a fazer as produções sem a presença da mãe com a qual aparentou ter uma relação bastante conflituosa. A mãe demonstrou não ter autoridade adequada com a criança, durante sua execução a participante saiu algumas vezes da folha com o lápis.

Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central.</p> <p>Tamanho da Figura: Muito grande.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 28. Percentil: 53.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 8 (figura grande) e 29 (omissão dos pés).</p>	<p>Posição no papel: Central.</p> <p>Tamanho da Figura: Muito grande.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 25. Percentil: 30.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 8 (figura grande).</p>

Quadro 11 - Participante V. (Grupo Controle)

Idade: oito anos e quatro meses. **Sexo:** Feminino.
Escolaridade: 2º ano do Ensino Fundamental. **Dificuldades Escolares:** Português e matemática.
Composição Familiar: mãe, avós e irmã, pouco contato com o pai.
Tempo de execução: 6 minutos. **Figura inicial:** Feminina.
Pontuação Bruta Total: 56. **Percentil Total:** 42.
Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.
Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativa, mas relativamente retraída durante a execução dos desenhos.

Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerdo.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 26. Percentil: 34.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerdo.</p> <p>Tamanho da Figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 30. Percentil: 55.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>

A participante Y., portadora de TDAH em comorbidade com TOD e ainda sem fazer uso de medicação no momento do teste, obteve classificação de maturidade cognitiva média, tanto na pontuação geral quanto na produção de cada figura. Y. produziu dois IES na sua produção de figura feminina e um em sua produção de figura masculina. Tais IEs são indicativos de impulsividade e sentimentos de inadequação

Por sua vez, a participante V., pertencente ao grupo controle, também obteve desempenho de maturidade cognitiva médio, tanto na pontuação geral quanto na pontuação de cada figura. No entanto, esta participante não produziu nenhum IE em seus desenhos, indicando não haver presença de conflito psíquico evidenciado por sua produção no DFH. A participante mora com mãe, avós e irmã, tendo pouco contato com o pai

Dessa forma, baseando-se na avaliação do instrumento DFH, é possível afirmar que ambas as participantes possuem grau de maturidade cognitiva semelhante. No entanto, em referência à aspectos emocionais, parece haver mais sinais de conflito psíquico nas produções da participante Y. (grupo clínico).

Quadro 12- Participante P. (Grupo Clínico)

<p>Idade: oito anos e seis meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Subtipo não especificado. Uso de Medicação: Ritalina.</p> <p>Escolaridade: 3º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português e matemática.</p> <p>Composição Familiar: avô, avó e tio materno, pai ausente e com histórico de TDAH, mãe ausente e com histórico de problemas psiquiátricos.</p> <p>Tempo de execução: 3 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 36. Percentil Total: 4.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Fronteiriço.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante a execução dos desenhos.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central superior.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 13. Percentil: 2.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Deficiente.</p> <p>Indicadores Emocionais: 17 (omissão das mãos), 24 (omissão do nariz), 27 (omissão dos braços) e 29 (omissão dos pés).</p>	<p>Posição no papel: Central superior.</p> <p>Tamanho da figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 23. Percentil: 16.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 12 (presença de dentes), 24 (omissão do nariz) e 29 (omissão dos pés).</p>

Quadro 13 - Participante E. (Grupo Controle)

<p>Idade: oito anos e onze meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 3º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: mãe, pai e irmã.</p> <p>Tempo de Execução: 2 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 51. Percentil Total: 30.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante a execução dos desenhos.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerdo.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 29. Percentil: 55.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 9 (transparência).</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerdo.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 22. Percentil: 13.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 9 (transparência).</p>

O participante P., pertencente ao grupo clínico, e fazendo uso de medicação, obteve classificação fronteira de desempenho referente à maturidade cognitiva geral. Para o desenho da figura feminina, a produção de P. classificou-se como deficiente, ao passo que na sua produção de figura masculina, obteve a classificação de abaixo da média. No que tange aos aspectos emocionais indicados pelos desenhos, P. produziu quatro IEs no desenho da figura feminina e três na figura masculina, com forte indício de conflitos sugestivos de agressividade, sentimentos de inadequação e mau desempenho escolar.

O participante E., do grupo controle, alcançou a classificação de desempenho média referente à sua maturidade cognitiva na pontuação geral e na produção da figura feminina. No entanto, esteve abaixo da média para a maturidade cognitiva na produção de sua figura masculina. E. produziu apenas um IE em ambas as produções, o que não sugere a existência de conflitos emocionais.

Na comparação entre estes dois participantes é possível afirmar, no que tange à maturidade cognitiva, que E. (grupo controle), obteve um desempenho superior, pois este oscilou entre desempenho abaixo da média e médio, já o participante P. (grupo clínico), oscilou de desempenho deficiente a abaixo da média. Além disso, enquanto E. apresentou apenas um IE em suas produções, fato que não indica presença de conflito emocional, P. apresentou um total de sete IEs em ambas as produções. Levanta-se a possibilidade da presença do TDAH, além de problemas emocionais, como fatores predominantes no baixo desempenho de P., e não suas reais capacidades cognitivas.

Quadro 14 - Participante M. (Grupo Clínico)

Idade: onze anos e três meses. **Sexo:** Masculino.
TDAH: Subtipo não especificado. **Uso de Medicação:** Não.
Escolaridade: 6º ano do Ensino Fundamental. **Dificuldades Escolares:** Português e matemática.
Composição Familiar: Mãe e avós maternos, sem contato com o pai que seria drogadoito.
Tempo de Execução: 6 minutos. **Figura inicial:** Masculina.
Pontuação Bruta Total: 64. **Percentil Total:** 42.
Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.
Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante a execução dos desenhos.

Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central superior.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 30. Percentil: 37.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 24 (omissão do nariz) e 30 (omissão do pescoço).</p>	<p>Posição no papel: Central superior.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 34. Percentil: 47.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 30 (omissão do pescoço).</p>

Quadro 15- Participante J. (Grupo Controle)

<p>Idade: onze anos e um mês. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 4º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português e matemática.</p> <p>Composição Familiar: Avó, tio e primos, pouco contato com os pais.</p> <p>Tempo de Execução: 6 minutos. Figura inicial: Feminina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 37. Percentil Total: 1.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Deficiente.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante a execução dos desenhos, mas demonstrou insegurança boa parte do tempo, afirmando que os desenhos estariam “feios.”</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 21. Percentil: 5.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Fronteiriço.</p> <p>Indicadores Emocionais: 7 (figura pequena) e 30 (omissão do pescoço).</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 16. Percentil: 1.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Deficiente.</p> <p>Indicadores Emocionais: 7 (figura pequena) e 30 (omissão do pescoço).</p>

O participante M., que fazia parte do grupo clínico, obteve classificação média referente à sua maturação cognitiva em todos os aspectos avaliados. Além disso, produziu dois IEs na sua figura feminina sugestivos de impulsividade e timidez.

Já o participante J., do grupo controle, obteve desempenho de maturidade cognitiva deficiente na avaliação geral dos desenhos e na avaliação de sua produção de figura masculina. No desenho da figura feminina, J. classificou-se como fronteiro. Em relação à produção de IEs, foram produzidos dois em cada uma das figuras desenhadas, sugestivos de impulsividade, timidez e mau desempenho escolar.

Fica evidente na comparação desta dupla o desempenho referente às capacidades cognitivas bem abaixo do padrão normativo no participante J., (grupo controle) considerando que este oscilou entre desempenho deficiente a fronteiro em suas produções. Já o participante M. (grupo clínico) esteve dentro da média. No entanto, em ambos os casos, a avaliação do DFH sugeriu haver a presença de conflito psíquico por meio da presença dos IEs.

Quadro 16 - Participante V.H. (Grupo Clínico)

<p>Idade: dez anos e dois meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Subtipo não especificado. Uso de Medicação: Ritalina 10mg, risperidona e fluoxetina.</p> <p>Escolaridade: 3º ano do Ensino Fundamental (duas reprovadas). Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: Mãe pai e irmã.</p> <p>Tempo de Execução: 4 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 49. Percentil Total: 10.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Observações do Aplicador: Demonstrou certa obsessão para fazer os desenhos dentro da “medida”, afirmou que não iria conseguir, apagando e reforçando o traço algumas vezes.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 25. Percentil: 16.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 17 (omissão das mãos) e 29 (omissão dos pés).</p>	<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 24. Percentil: 8.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Fronteiriço.</p> <p>Indicadores Emocionais: 29 (omissão dos pés).</p>

Quadro 17 - Participante G. (Grupo Controle)

<p>Idade: onze anos e cinco meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 5º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: Mãe pai e irmão.</p> <p>Tempo de Execução: 2 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 54. Percentil Total: 18.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante as produções.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 27. Percentil: 21.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 7 (figura pequena) e 17 (omissão das mãos).</p>	<p>Posição no papel: Central.</p> <p>Tamanho da figura: Pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 27. Percentil: 14.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 7 (figura pequena), 17 (omissão das mãos) e 29 (omissão dos pés).</p>

O participante V.H., pertencente ao grupo clínico e já fazendo uso de medicação para o tratamento do TDAH, alcançou classificação abaixo da média referente a sua maturidade intelectual tanto em sua pontuação geral, como na produção de sua figura feminina. Na produção de figura masculina, o participante classificou-se como fronteiro. V.H. produziu também dois IEs em seu desenho da figura feminina e apenas um no desenho da figura masculina, indicando, dessa forma, a possibilidade de apresentar conflito emocional com a presença de timidez, insegurança e sentimentos de inadequação.

Por sua vez, o participante G. que fez parte do grupo controle, classificou-se como abaixo da média no que tange a seu grau de maturidade cognitiva tanto em sua pontuação geral como em ambas as produções isoladas. O participante ainda produziu dois IEs em sua produção de figura feminina e três em sua figura masculina, demonstrando, então, a possibilidade de manifestar conflito emocional, indicativos de insegurança, timidez, sentimentos de inadequação e mau desempenho escolar.

Ambos os participantes obtiveram desempenho abaixo da média quanto ao desenvolvimento cognitivo, ressaltando que o participante V.H. (grupo clínico) classificou-se como fronteiro em uma das produções. Além disso, os dois participantes produziram mais de dois IEs, dessa forma, indicando a possibilidade de manifestarem conflito psíquico de acordo com a avaliação dos IEs.

Quadro 18 - Participante D. (Grupo Clínico)

<p>Idade: onze anos e nove meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Subtipo não especificado. Uso de Medicação: Ritalina.</p> <p>Escolaridade: 6º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português e matemática.</p> <p>Composição Familiar: Tia e tio paternos.</p> <p>Tempo de Execução: 3 minutos. Figura inicial: Feminina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 57. Percentil Total: 25.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se participativo durante a execução dos desenhos.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 26. Percentil: 18.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 7 (figura pequena), 24 (omissão do nariz) e 25 (omissão da boca).</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 31. Percentil: 37.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 7 (figura pequena).</p>

Quadro 19 - Participante J.I. (Grupo Controle)

<p>Idade: doze anos e quatro meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 6º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: Mãe e pai.</p> <p>Tempo de Execução: 8 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 52. Percentil Total: 14.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante as produções.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Forte e traço com avanços e recuos.</p> <p>Pontuação Bruta: 24. Percentil: 10.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 6 (figura inclinada), 9 (transparência), 23 (omissão dos olhos), 24 (omissão do nariz) e 25 (omissão da boca).</p>	<p>Posição no papel: Central.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Forte e traço com avanços e recuos.</p> <p>Pontuação Bruta: 28. Percentil: 23.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 23 (omissão dos olhos), 24 (omissão do nariz) e 25 (omissão da boca).</p>

O participante D, que pertencia ao grupo clínico e fazia uso de medicação, alcançou desempenho médio referente a maturidade cognitiva em sua pontuação geral e na produção de sua figura masculina, já em sua produção de figura feminina, 15 classificou-se como abaixo da média. Este participante produziu três IEs em seu desenho da figura feminina, indicativos de conflitos psíquicos relacionados à timidez e mau desempenho escolar.

O participante J.I., do grupo controle, obteve classificação abaixo da média em referência a sua maturidade cognitiva tanto em sua pontuação geral quanto em cada produção. O participante produziu uma quantidade de IEs considerável, sendo seis deles no desenho da figura feminina e três em sua produção da figura masculina. Tais indicadores sugerem fortes conflitos psíquicos com presença de impulsividade, insegurança, sentimentos de inadequação e timidez.

J. I. produziu os desenhos com traço forte e de avanços e recuos. O traço forte sugere energia, mas também pode estar relacionado à certa agressividade (reiterada pelo teor dos desenhos). Já a característica do traço com avanços e recuos parece estar relacionada à emotividade, ansiedade, falta de confiança em si, timidez, insegurança, hesitação no encontro de novas situações.

Comparando o desempenho relacionado às capacidades cognitivas, é possível afirmar que nesta dupla o participante D., pertencente ao grupo clínico, obteve desempenho melhor, oscilando suas classificações entre abaixo da média e média. Em comparação, J.I. (grupo controle) esteve abaixo da média nas três classificações. No entanto, ambos apresentaram mais de dois IEs (sendo que J.I. apresentou uma maior quantidade), sugerindo assim a presença de conflito emocional.

Quadro 20 - Participante H. (Grupo Clínico)

<p>Idade: sete anos e oito meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Subtipo não especificado. Uso de Medicação: Não.</p> <p>Escolaridade: 2º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: Mãe, padrasto e irmão, tem pouco contato com o pai que é alcoólatra.</p> <p>Tempo de Execução: 5 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 39. Percentil Total: 14.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Observações do Aplicador: Recusou-se a desenhar sem a presença da mãe, saiu da folha algumas vezes.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior direita.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 18. Percentil: 14.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 2 (sombreado no rosto), 3 (sombreado no corpo/extremidades) e 24 (omissão do nariz).</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Grande.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 21. Percentil: 18.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 2 (sombreado no rosto), 3(sombreado no corpo/extremidades), 14 (braços longos), 23 (omissão dos olhos), 24 (omissão do nariz) e 25 (omissão da boca).</p>

Quadro 21 - Participante J.P.R. (Grupo Controle)

<p>Idade: sete anos e cinco meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 2º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: Mãe e pai e irmã.</p> <p>Tempo de Execução: 2 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 31. Percentil Total: 7.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Fronteiriço.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante as produções.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 17. Percentil: 13.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: 23 (omissão dos olhos), 24 (omissão do nariz) e 25 (omissão da boca).</p>	<p>Posição no papel: Central inferior.</p> <p>Tamanho da figura: Médio.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 14. Percentil: 5.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Fronteiriço.</p> <p>Indicadores Emocionais: 1 (integração pobre das partes), 10 (cabeça pequena) e 24 (omissão do nariz).</p>

O participante H., do grupo clínico, foi classificado como abaixo da média em relação à sua maturidade cognitiva em todas as categorias avaliadas. Além disso, produziu três IEs em sua produção de figura feminina e seis IEs em sua produção masculina, indicativos de forte conflito emocional com traços de ansiedade, timidez e agressividade.

Por sua vez, o participante J.P.R., que pertencia ao grupo controle, obteve classificações de fronteira a abaixo da média no que se refere a sua capacidade intelectual. Este participante produziu três IEs no desenho de sua figura feminina e mais três IEs na produção de sua figura masculina. Esses IEs encontram-se associados a impulsividade, ansiedade, timidez e sentimentos de insegurança e inadequação.

No caso desta dupla pareada é possível afirmar que ambos os participantes obtiveram desempenho semelhante quanto à sua maturidade cognitiva, havendo pequena vantagem para o participante H (grupo clínico). Além disso, em relação aos aspectos emocionais, é possível afirmar que ambos apresentam sinais de conflito em virtude de terem efetuado mais de dois IEs em suas produções.

Quadro 22 - Participante J.P. (Grupo Clínico)

<p>Idade: seis anos e seis meses. Sexo: Masculino.</p> <p>TDAH: Subtipo não especificado. Uso de Medicação: Não.</p> <p>Escolaridade: 1º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Português.</p> <p>Composição Familiar: Mãe, pai e irmã.</p> <p>Tempo de Execução: 2 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 47. Percentil Total: 53.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se participativo durante a execução dos desenhos.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Central.</p> <p>Tamanho da figura: Grande.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 24. Percentil: 61.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: 10 (cabeça pequena), 14 (braços longos) e 16 (mãos grandes).</p>	<p>Posição no papel: Central.</p> <p>Tamanho da figura: Grande.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 23. Percentil: 47.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>

Quadro 23 - Participante J.H. (Grupo Controle)

<p>Idade: seis anos e oito meses. Sexo: Masculino.</p> <p>Escolaridade: 1º ano do Ensino Fundamental. Dificuldades Escolares: Matemática.</p> <p>Composição Familiar: Mãe e pai e irmãs.</p> <p>Tempo de Execução: 2 minutos. Figura inicial: Masculina.</p> <p>Pontuação Bruta Total: 39. Percentil Total: 27.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Observações do Aplicador: Manteve-se colaborativo durante as produções.</p>	
Figura Feminina	Figura Masculina
<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (pressão do traço homogêneo, nem acalcado e nem leve) e traço contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 21. Percentil: 42.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Médio.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>	<p>Posição no papel: Inferior esquerda.</p> <p>Tamanho da figura: Muito pequeno.</p> <p>Qualidade do traçado: Médio (nível do lápis nº2, homogêneo, nem acalcado e nem leve) e contínuo.</p> <p>Pontuação Bruta: 18. Percentil: 19.</p> <p>Classificação (nível de maturidade intelectual): Abaixo da média.</p> <p>Indicadores Emocionais: Não houve.</p>

O participante J.P., pertencente ao grupo clínico obteve classificação média referente à sua maturidade intelectual no seu desempenho geral e também na produção de cada figura. Este participante manifestou três IEs apenas em sua produção feminina, sugerindo conflitos emocionais com a presença de agressividade e sentimentos de inadequação.

Já o participante do grupo controle, J.H., classificou-se como abaixo da média quanto às suas capacidades cognitivas em sua produção de figura masculina. No entanto, esteve dentro da média nas demais avaliações, este participante não produziu nenhum IE.

Esta dupla pareada esteve próxima no que tange à aspectos cognitivos, pois excetuando o resultado da figura masculina de J.H., ambos estiveram dentro da média. No entanto, a avaliação de características emocionais aponta a presença de possível conflito no participante J.H., do grupo clínico.

Dentre os 30 diferentes IEs elaborados e validados por Koppitz (1974), os participantes do presente estudo produziram ao menos uma vez 20 deles. Em seguida serão mencionados a quais traços de personalidade tais indicadores estão associados, bem como quais participantes do estudo os efetuaram.

O IE 1, *Integração pobre das partes da figura*, está associado a instabilidade, pobre integração da personalidade, coordenação pobre ou impulsividade. Este IE foi reproduzido apenas pelo participante J.P.R., do grupo controle.

O IE 2, *Sombreado no rosto*, se relaciona a ansiedade e conceituação pobre de si. Este indicador foi reproduzido apenas pelo participante H., que pertencia ao grupo clínico.

O IE 3, *Sombreado no corpo e/ou extremidades* se relaciona também com ansiedade, além de ser uma possível tentativa de controle sobre os impulsos. Este IE também foi reproduzido apenas pelo participante H., do grupo clínico.

O IE 6, *Figura inclinada*, sugere instabilidade e falta de equilíbrio geral. O indicador foi produzido apenas pelo participante J.I., do grupo controle.

O IE 7, *Figura pequena*, está associado a insegurança, retraimento e depressão, além de sentimentos de inadequação. Este IE foi obtido nas produções do participante D., pertencente ao grupo clínico, além dos participantes J. e G. do grupo controle.

O indicador 8, *Figura grande*, está associado a impulsividade, imaturidade e deficiências no controle interno, tal IE esteve presente na produção da participante Y., pertencente ao grupo clínico.

O IE 9, *Transparência*, associa-se a imaturidade e impulsividade, este indicador esteve presente nas produções do participante E. e do participante J.I., ambos do grupo controle.

O IE 10, *Cabeça pequena* relaciona-se com sentimentos de inadequação intelectual e foi manifestado nas produções dos participantes R.H. e J.P.R., do grupo controle e R. e J.P. do grupo clínico.

O IE 12, *Dentes*, é sinônimo de agressividade e esteve presente em apenas uma produção, o desenho de figura masculina do participante P., do grupo clínico.

O IE 13, *Braços curtos*, parece estar relacionado a dificuldade que a criança tem em conectar-se com o ambiente ao redor, bem como às outras pessoas, dessa forma, relaciona-se com a inibição e o retraimento. Tal indicador foi produzido pelo participante R., do grupo clínico.

O IE 14, *Braços longos*, está relacionado com comportamento agressivo dirigido ao ambiente. Este IE foi produzido pelos participantes H. e J.P. do grupo clínico.

O IE 16, *Mãos grandes*, está também relacionado a agressividade e foi produzido pelo participante J.P., do grupo clínico.

O IE 17, *Omissão das mãos*, relaciona-se a sentimentos de culpa, inadequação ou incapacidade. Este IE foi produzido pelos seguintes participantes: L. e G. do grupo controle, além de P. e V.H. do grupo clínico.

O IE 23, *Omissão dos olhos*, parece estar relacionado a negação de problemas e adentrando num mundo de fantasia, este IE foi produzido pelos participantes J.I. e J.P.R. do grupo controle, além de H. do grupo clínico.

O IE 24, *Omissão do nariz*, relaciona-se a timidez e retraimento, além de ausência de agressividade manifesta. Este indicador foi o mais produzido neste estudo em ambos os grupos comparados e esteve presente nas produções dos participantes F., J.I. e J.P.R. do grupo controle e R., P., M., D. e H. do grupo clínico.

O IE 25, *Omissão da boca*, reflete sentimentos de angústia, insegurança e retraimento e foi produzido pelos seguintes participantes: J.I. e J.P.R. do grupo controle, além de D. e H. do grupo clínico.

O IE 26, *Omissão do corpo*, está relacionado a atraso mental, disfunção cortical, imaturidade severa relacionada a atraso evolutivo ou perturbação mental com ansiedade pelo corpo. Este IE esteve presente na produção da participante L., do grupo controle.

O IE 28, *Omissão das pernas*, indica sentimento de angústia e insegurança, ele também esteve presente na produção da participante L.

O IE 29, *Omissão dos pés*, parece estar relacionado a sentimentos de insegurança e inadequação ao ambiente, este indicador se manifestou nas produções dos participantes L. e G. do grupo controle e Y., P. e V.H. do grupo clínico, sendo neste grupo, o segundo indicador mais presente.

Por fim, o IE 30, *Omissão do pescoço*, parece estar relacionado a impulsividade, imaturidade e pobre controle interno, este indicador esteve presente nas produções dos participantes L. e J. do grupo controle e M. do grupo clínico.

Quanto a qualidade do traçado, a maioria dos participantes produziu figuras com o traço médio e contínuo, para Van Kolck, o traço médio não traz nenhuma indicação interpretativa. No entanto, o traço contínuo estaria associado a decisão, rapidez, energia e esforço dirigido, além de autoafirmação.

Uma observação importante diz respeito a uma aparente diferenciação entre os grupos no que diz respeito à questão da composição familiar. Isto porque, enquanto sete das 10 crianças do grupo clínico apresentam famílias onde pelo menos uma das figuras parentais encontra-se ausente (geralmente o pai), esse fato ocorre apenas em dois casos do grupo controle. A presença de filhos únicos (ausência de irmãos) também é mais frequente no grupo clínico do que no grupo controle.

CAP. 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo a comparação, baseada no desempenho no DFH (Desenho da Figura Humana), entre dois grupos de uma amostra de alunos do 1º. Ciclo do Ensino Fundamental, sendo um grupo formado por crianças portadoras de TDAH e um grupo controle composto por crianças com características sociodemográficas e de desempenho escolar equivalentes, porém sem diagnóstico do transtorno. Subjacente a esse objetivo havia a hipótese de que fosse possível encontrar traços (indicadores) associados à presença do TDAH nas produções dos participantes portadores de tal distúrbio.

Como já mencionado, esta comparação se deu por meio da execução pelas crianças do DFH, instrumento de avaliação amplamente empregado por psicólogos. Dessa forma, o trabalho pretendeu averiguar até que ponto a avaliação do DFH seria capaz de diferenciar ambos os grupos, visando mais um instrumento a ser utilizado para o diagnóstico deste distúrbio por parte dos psicólogos.

Além das características levantadas pela análise do DFH, foram considerados outros aspectos trazidos pelos participantes nos dois grupos avaliados, clínico e controle, tais como, postura do participante durante as execuções dos desenhos, eventuais verbalizações sobre a tarefa proposta, além de informações trazidas pelos questionários sócio-demográficos. Estes dados foram comparados com outras informações encontradas sobre o TDAH na literatura e parecem corroborar algumas delas, conforme será apontado ao longo do texto.

Em relação à análise específica do DFH, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas na comparação entre os dois grupos. No entanto, houve alguma diferenciação nas produções do grupo clínico e controle que serão mencionadas.

Vale ressaltar a grande dificuldade que este estudo teve no processo de recrutamento de participantes do grupo clínico (crianças diagnosticadas com TDAH), tendo este processo consumido boa parte do período de execução do trabalho. É possível que a própria dificuldade de realização de um diagnóstico adequado a este transtorno tenha favorecido esta situação (Caliman, 2008). Haja vista que inicialmente o trabalho se propôs a aplicar o DFH apenas em crianças com diagnóstico positivo para o TDAH, mas sem fazer uso de medicação, bem como

excluir casos de comorbidade. No entanto, diante da escassez de participantes com estas características foi preciso renunciar a tais critérios de seleção.

Outra variável inicialmente prevista, mas que teve que ser descartada, foi a classificação dos participantes portadores de TDAH em função dos subtipos Hiperativo/Impulsivo, Desatento e Misto. Ou seja, na maior parte dos casos, inclusive nos participantes que já estavam tomando medicamento, a família não sabia indicar o diagnóstico preciso. Tal fato, embora possa ser em parte atribuído ao nível sociocultural das famílias, é digno de nota, uma vez que pode estar refletindo também a dificuldade que têm os médicos em avaliar e diagnosticar corretamente o problema, ou mesmo uma banalização do uso do medicamento sem uma avaliação criteriosa do transtorno (Landman, 2015).

Mais um aspecto que chama a atenção neste estudo foi a ampla predominância de participantes do sexo masculino. Dentre as instituições voltadas para o atendimento de crianças portadoras do TDAH no Município de Ribeirão Preto, selecionadas para a busca de participantes, foi possível encontrar apenas duas participantes do sexo feminino, frente a oito participantes meninos. Este dado está de acordo com as informações da literatura sobre o transtorno, sendo que alguns estudos afirmam que o TDAH se manifesta numa proporção de 9:1 na relação entre meninos e meninas em amostras clínicas e de 3:1 na população geral (Santos & Vasconcelos, 2010).

Ressalta-se que a presença superior de meninos em relação às meninas pode estar também relacionada com a predominância de diagnósticos de TDAH nos meninos, onde o TDAH se manifesta sobretudo com o subtipo impulsivo/hiperativo, enquanto nas meninas manifesta-se sobretudo o subtipo desatento (Rotta, 2016). Dessa forma, é possível que a tolerância de pais e de profissionais da área da educação que, em geral, são as maiores fontes de encaminhamento para o diagnóstico deste transtorno, seja menor para casos de hiperatividade/impulsividade do que para situações de desatenção, o que resultaria na quantidade maior de diagnóstico para os meninos.

Entre os participantes avaliados foi possível identificar algum nível de desestruturação familiar, com a ausência e/ou desinteresse da figura paterna e/ou delegação de parte das responsabilidades de sua criação aos avós. Tal situação esteve presente no caso de 70% dos participantes do grupo clínico e apenas 20% do grupo controle. Dessa forma, é possível apoiar a suposição de Rohde e Benczik (1999) de que o ambiente familiar da criança pode funcionar como um gatilho para a acentuação de seus sintomas.

Os dados relacionados à maturidade cognitiva sugerem interpretar que os participantes, de modo geral, estiveram na média (com a maior parte dos percentis entre 25 e 49, o que caracteriza nível médio inferior) ou abaixo dela (abaixo do percentil 25) quando comparados aos dados normativos do instrumento. Apenas o participante R.H., que pertencia ao grupo controle, esteve relativamente próximo de alcançar desempenho médio superior quanto à capacidade cognitiva na produção de sua figura masculina. Este resultado é coerente com o fato de que a amostra, na sua quase totalidade, foi constituída por crianças com dificuldades de aprendizagem.

Embora a análise estatística não tenha encontrado diferenças significativas entre os grupos no que tange a esse aspecto, observa-se que a mediana obtida no percentil geral (levando em conta os dois desenhos) do grupo clínico esteve abaixo da média (P19), enquanto a mediana do percentil geral do grupo controle permaneceu no limiar entre médio e abaixo da média (p25), sugerindo, portanto, pior desempenho do grupo clínico. É possível que um estudo com amostra maior apontasse de forma mais consistente a superioridade cognitiva do grupo controle.

Vale ressaltar que entre os vinte participantes deste estudo, dezoito traziam relatos de algum comprometimento quanto a seu desempenho escolar. Dessa forma, o estudo pode corroborar dois dados amplamente divulgados na literatura; crianças com dificuldades no desempenho escolar tendem a ter também desempenho mais baixo nos instrumentos de avaliação cognitiva (Andrade, Carvalho, Alves, e Ciasca, 2016), e crianças portadoras de TDAH além de apresentarem com frequência queixas relacionadas ao desempenho escolar (Souza e cols., 2007), habitualmente têm rendimento inferior na avaliação de habilidades cognitivas, quando comparadas a média (Graeff e Vaz, 2006).

Em relação à produção de indicadores emocionais no DFH, a avaliação estatística não apontou diferença significativa entre os grupos avaliados. No entanto, houve relativa predominância de produção de indicadores nos participantes do grupo clínico. Tal dado pode sugerir que os participantes do grupo clínico em geral apresentam mais sinais de conflito psíquico em comparação com o grupo controle, esta afirmação poderia ser confirmada ou refutada num estudo com amostra mais abrangente.

Destaca-se a proporção elevada de participantes deste estudo que produziram dois IEs ou mais em ao menos uma das figuras solicitadas, foram oito participantes (80%) do grupo clínico e seis (60%) do grupo controle. Dessa forma, a proporção de participantes com

indicação de algum conflito emocional mostrou-se bastante elevada se comparada ao estudo de Kobayashi (2015), onde a proporção de participantes que produziram dois IEs ou mais foi de 27,8%. No entanto, o referido estudo contou com uma amostra muito mais ampla.

Permanecendo na temática dos indicadores emocionais no DFH, é possível afirmar que os participantes do presente estudo produziram IEs relacionados a diversas características de personalidade e/ou conflito emocional. Dessa forma, sobretudo em relação aos participantes do grupo clínico, corrobora-se a informação de que os comportamentos de indivíduos portadores de TDAH são muito variados, Graeff e Vaz (2006). Tal aspecto pode funcionar como mais um dificultador para o fechamento de um diagnóstico adequado.

A avaliação dos itens no DFH aplica-se sobretudo para a mensuração de capacidades cognitivas do sujeito avaliado (Weschler, 2003). Dessa forma, quanto maior for a ausência de itens esperados para cada faixa etária, menor será a pontuação do indivíduo avaliado no caso. Dentre os itens esperados, a ausência do pescoço na figura feminina sugeriu possibilidade de diferenciação entre os grupos clínico e controle. A ausência do pescoço também é considerada indicador emocional dentro da proposta de Koppitz (1974), estando associada a impulsividade, imaturidade e pobre controle interno, características habitualmente atribuídas a indivíduos com TDAH. Mais uma vez aqui, a ampliação da amostra poderia confirmar esta hipótese.

Quanto aos resultados da aplicação do DFH neste estudo, é possível afirmar que em relação a mensuração de capacidades cognitivas, a avaliação do instrumento classificou os portadores de TDAH em geral como abaixo da média quando comparado aos dados normativos. Ressalta-se que a média de capacidades intelectuais do grupo clínico esteve abaixo da média do grupo controle, mesmo que de modo sutil. Em relação às capacidades projetivas do teste, a diferenciação entre os grupos também foi sutil, fato que corrobora a literatura sobre a limitação dos testes projetivos para realizar a diferenciação entre indivíduos com TDAH e a população normal. (Barkley e cols.,1998).

Um dado que chamou a atenção foi o fato de os participantes do grupo clínico terem se saído consideravelmente piores do que os do grupo controle em termos dos aspectos do traçado relacionados ao controle motor. Esse dado, como os demais mereceria ser melhor explorado em futuros estudos pois seria esperado que a dificuldade de inibição do comportamento, característica das crianças com TDAH, pudesse afetar seu controle sobre o traçado dos desenhos.

Levando-se em conta o conjunto de resultados obtidos neste estudo, é possível defender o uso do instrumento DFH apenas em conjunto com outros instrumentos avaliativos e como um reforçador de hipóteses no caso de uma avaliação de suspeita de TDAH. Já que ele indica rendimento em geral abaixo da média quanto às capacidades cognitivas, além de revelar possíveis conflitos emocionais por meio dos indicadores de Koppitz (1974).

Por outro lado, a dificuldade observada neste estudo em diferenciar os grupos de participantes, poderia também ser utilizada para dar suporte às vozes que questionam a existência do TDAH, pelo menos enquanto um transtorno de origem biológica/genética. É justamente a dificuldade em encontrar um elemento biológico específico que confirme a presença do TDAH que serve como principal argumento para abordagens teóricas que negam a real existência deste transtorno. Tais filiações teóricas, como a Psicanálise, a Gestalt e a abordagem Sócio Histórica consideram os sintomas associados ao TDAH como características do indivíduo decorrentes de sua relação com o meio em questão que precisam ser melhor compreendidas e trabalhadas e não apenas eliminadas por meio do uso de medicação (Signor, 2013, Antony & Ribeiro, 2015). Nesse sentido, as diferenças observadas com relação à organização familiar nos dois grupos poderiam dar suporte à hipótese do desenvolvimento de traços comportamentais comumente atribuídos ao TDAH, em função das experiências vividas no ambiente familiar e das relações aí estabelecidas (de modo concreto ou não) com as figuras parentais.

De todo modo, havendo ou não uma base biológica específica que defina o TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento, é evidente que há indivíduos com suas capacidades prejudicadas por tal quadro sintomatológico ao longo de sua vida. Dessa forma, defende-se que as diversas filiações teóricas dialoguem no que se refere a essa questão, buscando encontrar recursos que auxiliem no melhor manejo dos sintomas.

Aponta-se como uma limitação deste estudo o número reduzido de participantes que compuseram a amostra. Como já justificado, tal dificuldade se deveu sobretudo a dificuldade em encontrar indivíduos com diagnóstico preciso de TDAH. Recomenda-se que futuros estudos que abarquem a temática do TDAH associado a instrumentos de avaliação psicológica procurem estabelecer uma amostra mais abrangente, buscando-se também maior controle no caso do uso de medicamentos e com relação às comorbidades e tipos do transtorno.

O fato de o estudo ter trabalhado com crianças que além do TDAH apresentavam dificuldades de aprendizagem também acabou por dificultar a interpretação dos resultados

obtidos, uma vez que tais dificuldades também se encontram associadas a questões cognitivas e muitas vezes emocionais/comportamentais. Uma forma de superar esse dilema seria selecionar participantes diagnosticados com TDAH, porém sem dificuldades escolares significativas.

Considerações Finais

Mesmo considerando que a amostra pouco representativa de participantes deste estudo comprometeu boa parte da análise estatística do mesmo, é possível afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram parcialmente atendidos, sobretudo se levarmos em conta o caráter exploratório da pesquisa. Nesse sentido, o estudo pode captar certas tendências de diferenciação entre os participantes do grupo clínico e do grupo controle no que tange à maturidade cognitiva e também quanto à produção de IEs e à coordenação motora.

É possível afirmar que este estudo abre caminho para pesquisas mais ambiciosas relacionadas ao diagnóstico do TDAH, mediante a diferenciação entre grupos por meio dos instrumentos de avaliação psicológica. Seja numa perspectiva mais psicométrica, onde são consideradas as capacidades cognitivas e motoras do indivíduo em avaliação, ou sob uma visão projetiva, que busca traçar características de personalidade, bem como possíveis situações de conflito emocional.

Considerando a ampla gama de situações problemáticas que a presença do TDAH traz para seus portadores, bem como a pessoas que vivem ao seu redor, justifica-se sempre qualquer tentativa de tornar o diagnóstico deste distúrbio mais claro e preciso. Dessa forma, e, considerando o caráter exploratório do estudo, é possível afirmar que o mesmo pode contribuir, mesmo que de forma limitada, para a produção de conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahão, A.L.B. (2018). Estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho e vicência escolar. Dissertação de Mestrado. FFCRLP – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV. São Paulo: Manole, 1994.
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos*. São Paulo. EPU.
- Andrade, M.J., Carvalho, M.C., Alves, R.J.R.. e Ciasca, M.N. (2016). Desempenho de escolares em testes de atenção e funções executivas: estudo comparativo. *Rev. Psicopedagogia*; 33(101): 123-32.
- Antony, S. e Ribeiro, J.P. (2005). Hiperatividade: Doença ou Essência - Um Enfoque da Gestalt-Terapia. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2005, 25 (2), 186 – 197.
- Arteche, A., X. (2006). *Indicadores emocionais do Desenho da Figura Humana: Construção e Validação de uma Escala Infantil*. Tese (Doutorado em Psicologia). Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Axelson, V.T. e Pena, P. (2015). As funções executivas e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na primeira infância. *Recuperado em: www.psicologia.pt, ISSN, 1646-6977*.
- Benedeti, I.M.M. e Anache, A.A. (2014). TDA/H – Análise documental sobre a produção do conceito. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 18, Número 3, Setembro/Dezembro de 2014*: 439-446.
- Barkley, R.A., King J.A. e Barrett S. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and the stress response. *Biol Psychiatry*. Jul 1;44(1):72-4.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. Jan;121(1):65-94.

- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 1;57(11):1215-20. Epub 2004 Dec 18.
- Borges, J.L., Trentini, C.M., Bandeira, D.R e Dell'Aglio, D.D. (2008). Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de Revisão. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 125-133, jan./jun.
- Bragheto, A.C.M. (2008). Crianças portadoras do HIV/AIDS: Desenvolvimento emocional e competência social. Dissertação de Mestrado. EERP – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Caliman, L., V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicol. estud.*, vol.13, n.3, pp.559-566.
- Cardo E, Servera M, Vidal C, De Azua B, Redondo M, Riutort L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*; 52
- Cariola, T., C. (2006). O Desenho da Figura Humana de Crianças com Bruxismo. *Boletim de Psicologia*, vol. LVI, nº124, 37-52.
- Celli, A., & Kolck, O. L.V. (1978). Estudo comparativo dos indicadores emocionais de Koppitz em desenhos da figura humana realizados por escolares atípicos: poliomielíticos, diabéticos, surdos e cardiopatas. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cornoldi C, Marzocchi G.M., Belotti M., Caroli M.G., Meo T., Braga C. (2001). Working memory interference control deficit in children referred by teachers for ADHD symptoms. *Child Neuropsychol*. Dec;7(4):230-40.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S.D., Leckman, J.F., Mortensen, P.B, Pedersen, M.G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, Vol 385 May 30.
- Del Prette, P.A., Freitas, C.L., Bandeira, M. e Del Prette, A. (2016). *SSRS: Manual Técnico – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fonseca, A. R. e Capitão, C. G. (2005). Abuso sexual na infância: um estudo de validade de instrumentos projetivos. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 6, nº 1, p. 27-34, Jan./Jun.
- Graeff, R.L. e Vaz, C.E. (2006). Personalidade de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por Meio do Rorschach. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Set-Dez 2006, Vol. 22 n. 3, pp. 269-276.

- Graeff, L. R. & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19(3), 341-361.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Hutz, S. C. & Bandeira, D. R. (2003). Desenho da Figura Humana. In: Cunha, J., A. (Org.), *Psicodiagnóstico-V* (pp. 505-512). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kadesjö, B & Gillberg, C. (2001). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* banner. Vol. 42.
- Kaefer, H. (2016). Avaliação Psicológica no Transtorno da Atenção. In: N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.) *Transtornos da Aprendizagem – Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar* (pp. 287-302). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kamers, M. (2016). A falsa epidemia do TDAH e os impasses no uso da metodologia DSM na infância. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago., 516-527.
- Kobayashi, C. (2015). Os Indicadores Emocionais de Koppitz no Desenho da Figura Humana de Crianças de São Paulo. Tese, Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Koppitz, E.M. (1974). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños*. 2 ed. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- Koppitz, E. M. (1987). *O teste gestáltico Bender para crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leme, V.B.R., Del Prette, Z.A.P., Koller, S.H., e Del Prette, A. (2016). Habilidades sociais e modelo bioecológico do desenvolvimento humano: Análise e perspectivas. *Psicol. Soc.* vol.28 no.1 Belo Horizonte Jan./Apr.
- Menezes, A., Dias, N., Trevisan, B. T., Carreiro, L. R. R. e Seabra, A. G. (2015). Intervenção para funções executivas no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, vol.73, n.3, pp.227-236.
- Oliveira, C.G. e Albuquerque, P.B. (2009) Diversidade de Resultados no Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2009, Vol. 25 n. 1, pp. 093-102.
- Pérez, C. R., Pérez, J. C. N., Díaz, F. J. R., Granda, A. P., Molleda C. B. & Fernández, T. G. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y

- Características Sociodemográficas en Población Reclusa. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(4), 698-707.
- Pires, T. O., Silva, C. O. F. P. e Assis, S. G. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Saúde Pública*, vol.46, n.4, pp.624-633.
- Rocha, M. M. & Del Prette, Z. A. P. (2010). Habilidades Sociais Educativas para mães com crianças com TDAH e a Inclusão Escolar. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 28, n. 60, p. 31-41, jan./mar.
- Rohde, L. A. P. & Benczik, E. B. P. (1999). *Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade – O que é? Como ajudar?* Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Rohde, L.A., Barvosa, G., Tramontina, S., Polanczyk, G. (2000.) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.22 s.2 São Paulo Dec.
- Rotta, N. T. (2016). Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade: Aspectos Clínicos. In: Rotta, N. T, Ohlweiler, L. & Riesgo, R. S. (Org). *Transtornos da Aprendizagem – Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. (272-286). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Sánchez, J. N. G. (2004). *Dificuldades de Aprendizagem e Intervenção Psicopedagógica*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, L. F. & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (4), 717-724.
- Signor, R. (2013) Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade: Uma Análise Histórica e Social. *RBLA*, 13 (4), 1145-1166.
- Silva, R. B. F., Pasa A., Castoldi, D. R. & Spessatto, F. (2010). O Desenho da Figura Humana e seu uso da Avaliação Psicológica. *Psicologia Argumento.*, 28 (60), 55-64.
- Souza, I.G.F., Serra-Pinheiro, M.A., Fortes, D. e Pinna, C. (2007). Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *J. Bras. Psiquiatr.* 56, supl 1; 14-18, 2007.
- Souza, I., Pinheiro, M.A., Mattos, P. (2005). Anxiety disorders in an Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Clinical Sample. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005; 63 (2-B): 407-409.

- Suehiro, A. C. B., Benfica, T. A., e Cardim, N. (2015). Avaliação Cognitiva Infantil nos Periódicos Científicos Brasileiros. *Psic.: Teor. e Pesq.*, vol.31, n.1, pp.25-32.
- Vasconcelos, M. M., Werner Jr., J., Malheiros, A. F. A., Lima, D. F. N., Santos, I. S. O., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61, 67-73.
- Van Kolck, O. L. (1981). *Técnicas de Exame Psicológico e suas Aplicações no Brasil*, vol. 1. São Paulo: Ed Vozes.
- Vásquez, R.L.L. e Chang, A.M.C. (S.D.). Indicadores del Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz en niños maltratados y no maltratados. Psicóloga del Instituto de Salud del Niño. Lima-Perú.
- Wechsler, S. M. (2003). *O Desenho da Figura Humana: Avaliação do Desenvolvimento Cognitivo de Crianças Brasileiras*. 3ª. ed. Campinas: Impressão Digital.

ANEXO A

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

NOME DO ALUNO: _____ DATA DE NASC. _____

Ano:

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ DATA: ____/____/____

1. QUAL A COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA (COM QUEM MORA):

2. QUAL O GRAU DE ESCOLARIDADE DA MÃE?

() ANALFABETO

() FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO

() FUNDAMENTAL 1 COMPLETO

() FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO

() FUNDAMENTAL 2 COMPLETO

() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

() ENSINO MÉDIO COMPLETO

() SUPERIOR INCOMPLETO

() SUPERIOR COMPLETO

3. QUAL A PROFISSÃO DO PAI _____ E DA MÃE

4. A CRIANÇA APRESENTA DIFICULDADES EM LEITURA E ESCRITA? () NÃO
() SIM () LEVE () MODERADA () GRAVE

5. A CRIANÇA APRESENTA DIFICULDADES EM MATEMÁTICA? () NÃO ()
SIM () LEVE () MODERADA () GRAVE

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo Clínico)

NOME DA PESQUISA: INDICADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO DESENHO DA FIGURA HUMANA – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Senhores Pais (ou responsáveis),

Meu nome é Jeferson Luís Ligeiro, sou psicólogo e aluno do Programa de Pós-graduação em Psicologia da USP-RP e gostaria de convidar seu (sua) filho (a) a participar da pesquisa intitulada “Indicadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Desenho da Figura Humana – Um Estudo Exploratório”. Essa pesquisa já foi autorizada pelo Ambulatório de Distúrbios do Comportamento e da Aprendizagem (ADCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/CPA – FFCLRP/CAEERP/CAPS I e tem como objetivo encontrar sinais da presença do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em crianças, por meio do desenho da figura humana.

Eu convidarei seu filho para ir a uma sala do HC, onde lhe oferecerei lápis e papel para que ele possa fazer dois desenhos, de um homem e de uma mulher, na ordem em que ele preferir. Isso deve demorar de 15 a 30 minutos. Os desenhos realizados pelas crianças atendidas no HC, serão comparados com desenho de crianças da mesma idade, que não tenham diagnóstico de TDAH, para verificar se existem diferenças entre os desenhos das crianças. Assim, o desenho poderá ser mais um recurso para que o TDAH seja melhor diagnosticado por psicólogos.

Não há previsão de riscos ou desconforto para as crianças participantes da pesquisa e você poderá receber informações sobre o andamento das atividades sempre que julgar necessário, entrando em contato por telefone com este pesquisador. Qualquer dúvida sobre os procedimentos éticos da pesquisa poderão ser sanadas entrando em contato com o Comitê de Ética da FFCLRP-USP, situado à Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto – SP, ou pelo Fone: (16) 3315-4811 ou Email: coetp@ffclrp.usp.br.

Não haverá qualquer tipo de gasto ou remuneração para os participantes da pesquisa, mas é garantida indenização por qualquer dano que possa ocorrer por sua participação.

Fica garantido o sigilo com relação à identidade de todas as crianças participantes, ou seja, em nenhum momento nem seus nomes ou quaisquer outras informações individuais sobre elas serão revelados. Os dados obtidos durante o estudo poderão ser utilizados pelo pesquisador em conjunto, em eventos ou publicações científicas. Você também poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando seu (sua) filho (a) de participar da pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo no seu atendimento no HC.

Considerando o que foi explicado anteriormente,

Eu, _____, abaixo assinado, responsável por _____, fui devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos, os procedimentos, os riscos e os benefícios da pesquisa intitulada “INDICADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO DESENHO DA FIGURA HUMANA – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”, que tem como pesquisador responsável Jeferson Luís Ligeiro, e declaro que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto autorização para a participação de meu (minha) filho (a) nesta pesquisa. Declaro ainda que recebi uma via deste documento e que tive a oportunidade de lê-lo com atenção.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável

R.G:

Assinatura do Pesquisador

RG:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Jeferson Luís Ligeiro

Fone: (16) 992210771

ORIENTADORA

Profa. Dra. Sylvia D. Barrera

Fone: (16) 33153797

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo Controle)

NOME DA PESQUISA: INDICADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO DESENHO DA FIGURA HUMANA – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Senhores Pais (ou responsáveis),

Meu nome é Jeferson Luís Ligeiro, sou psicólogo e aluno do Programa de Pós-graduação em Psicologia da USP-RP e gostaria de convidar seu (sua) filho (a) a participar da pesquisa intitulada “Indicadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Desenho da Figura Humana – Um Estudo Exploratório”. Essa pesquisa já foi autorizada pela direção da escola de seu filho e tem como objetivo encontrar sinais da presença do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em crianças, por meio do desenho da figura humana.

A participação de seu filho consistirá em realizar dois desenhos, de um homem e de uma mulher, na ordem em que for preferida por ele. A aplicação do teste será realizada individualmente, pelo pesquisador, em uma sala de aula, e deverá durar cerca de 15 a 30 minutos.

Após a análise dos desenhos dos alunos será feita uma comparação com o desempenho de crianças já diagnosticadas com TDAH que estão em tratamento no Ambulatório de Distúrbios do Comportamento e da Aprendizagem (ADCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, buscando encontrar diferenças quanto ao desempenho de ambos os grupos na produção do desenho. Dessa forma, o estudo busca encontrar possíveis diferenças entre os desenhos de crianças portadoras e não portadoras do transtorno, visando a uma complementação nos recursos para que o TDAH seja melhor diagnosticado por psicólogos.

Não há previsão de riscos ou desconforto para as crianças participantes da pesquisa e você poderá receber informações sobre o andamento das atividades sempre que julgar necessário, entrando em contato por telefone com este pesquisador ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, que aprovou este estudo. Não haverá qualquer tipo de gasto ou remuneração para os participantes da pesquisa, mas é garantida indenização por qualquer dano que possa ocorrer por sua participação. Fica garantido o sigilo com relação à identidade de todas as crianças participantes, ou seja, em nenhum momento nem seus nomes ou quaisquer outras informações individuais sobre elas serão revelados. Os dados obtidos durante o estudo poderão ser utilizados pelo pesquisador em conjunto, em eventos ou publicações científicas. Você também poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando seu (sua) filho (a) de participar da pesquisa.

Considerando o que foi explicado anteriormente,

Eu, _____, abaixo assinado, responsável por _____, fui devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos, os procedimentos, os riscos e os benefícios da pesquisa intitulada “INDICADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO DESENHO DA FIGURA HUMANA – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”, que tem como pesquisador responsável Jeferson Luís Ligeiro, e declaro que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto autorização para a participação de meu (minha) filho (a) nesta pesquisa. Declaro ainda que recebi uma cópia deste documento e que tive a oportunidade de lê-lo com atenção.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável

R.G:

Assinatura do Pesquisador

RG:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Jeferson Luís Ligeiro

Fone: (16) 992210771

ORIENTADORA

Profa. Dra. Sylvia D. Barrera

Fone: (16) 33153797

ANEXO D

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/034-dgfs.

Ribeirão Preto, 18 de maio de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **“Indicadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Desenho da Figura Humana - Um Estudo Exploratório”** foi analisado *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 62741316.2.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

Referenciado pelo CEP-FFCLRP-USP
na 166.ª reunião realizada

em 29/05/17

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora do CEP-FFCLRP/USP

Ao(À) Senhor(a)

Jeferson Luis Ligeiro

Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP

Fone: (16) 3315-4811

Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coeto@ffclrp.usp.br