

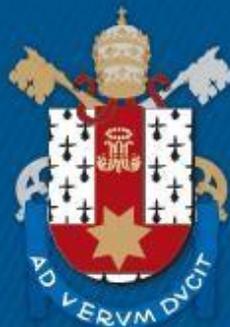
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM COGNIÇÃO HUMANA

CRISTIANE FRIEDRICH FEIL

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA ESCALA CLÍNICA DO
DESENHO DA FIGURA HUMANA (EC DFH)**

Porto Alegre 2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

CRISTIANE FRIEDRICH FEIL

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA ESCALA CLÍNICA DO
DESENHO DA FIGURA HUMANA (EC DFH)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Cognição Humana.

Prof^ª. Dr^ª. Adriane Xavier Arteche

Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Denise Ruschel Bandeira

Co-orientadora

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

F297e Feil, Cristiane Friedrich

Evidências de Validade e Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) / Cristiane Friedrich Feil . – 2018.

101 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Adriane Xavier Arteche.

Co-orientadora: Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira.

I. Desenho da Figura Humana. 2. Avaliação Psicológica. 3. Crianças. 4. Problemas Emocionais. I. Arteche, Adriane Xavier. II. Bandeira, Denise Ruschel. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável: Marcelo Votto Teixeira CRB-10/1974

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	8
SEÇÃO DE TABELAS	9
APRESENTAÇÃO	10
2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	26
2.1 SEÇÃO EMPÍRICA I: Evidências de Fidedignidade e Validade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH)	27
2.2 SEÇÃO EMPÍRICA II: Indicadores de sintomas na Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) e problemas de comportamento em crianças	50
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
4 ANEXOS	78

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me ajudaram a “desenhar” nessa trajetória do mestrado, me auxiliando de diferentes formas:

À minha família, em especial ao meu pai pelo apoio incondicional e colo em todos os momentos necessários. A minha mãe, por ser minha parceira, meu exemplo de dedicação e garra. Ao meu irmão, pelo eterno incentivo e por ser uma fonte de inspiração na pesquisa e meio acadêmico.

Agradeço a minha orientadora Adriane Arteché por aceitar e topar junto com a Denise Bandeira, minha co-orientadora a seguir estudando o DFH, e poder me ajudarem a realizar esse “sonho” de explorar mais sobre a avaliação psicológica e o desenho infantil. Vocês me ensinaram muito!

Agradeço as minhas colegas e agora amigas que o mestrado me proporcionou: Carolina Quiroga e Marina Boscardin, que foram minhas parceiras e possibilitaram que todo esse processo pudesse ser mais leve e divertido.

Agradeço ao grupo GNAT, pelo acolhimento e trocas tão importantes e enriquecedoras. Aos auxiliares que estiveram envolvidos com o meu projeto tanto na coleta ou nas aventuras pelo SPSS, meu muito obrigado! Mas gostaria de deixar um agradecimento especial as minhas “juízas” Luiza Anzolin e Gabriela Ramos, minhas queridas auxiliares, que desde o início toparam se aventurar comigo me dando apoio e se empolgando a cada desenho avaliado. O GNAT me ensinou muito e também me presenteou com amigas, obrigada Anelise Renner e a Carolina Azambuja pela amizade e companheirismo.

Agradeço aos meus amigos e amigas que foram meus parceiros de refúgio, pois “a amizade duplica a alegria e divide as tristezas” e vocês, independente do tempo, foram muito importantes nessa caminhada!

Agradeço a todas as escolas, ao CEAPIA e ao Nepte por terem aberto suas portas e me permitido a realização das coletas. Em especial aos professores e triadores que dedicaram seu tempo ajudando para que ela fosse possível. E também a todas as crianças que me emprestaram seus desenhos, me presenteando ainda com sorrisos e abraços.

Agradeço a Milene Merg, que mais uma vez foi minha super parceira e amiga, acreditando em mim e me apoiando nesse trabalho. Certamente teu incentivo me ajudou muito nessa caminhada.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. A CAPES pelo apoio financeiro.

Agradeço a banca: Adriana Jung Serafini, Joice Dieckel Segabinazi e Sérgio Eduardo Silva de Oliveira pela leitura cuidadosa e sugestões, as quais enriqueceram muito o estudo.

Por fim, agradeço a Maria Lúcia T. Nunes, primeiramente por ter me apresentado tanto sobre avaliação psicológica, sobre pesquisa e sobre a vida. Mas também, por seguir sempre me incentivado e apostando em mim e permitindo que eu pudesse utilizar o banco de dados. Além de ter sido minha mestre, tu sempre foi uma grande amiga.

Mais uma vez, muito obrigada a todos!

RESUMO

O Desenho da Figura Humana (DFH) é uma técnica de avaliação muito questionada quanto a sua validade pela falta de estudos empíricos, no entanto, encontra-se entre as mais utilizadas e estudadas por Psicólogos e Estudantes de Psicologia. Buscando contribuir com as pesquisas sobre esse instrumento e a sua utilidade perante a avaliação psicológica de crianças, foram realizados dois estudos. O primeiro com o objetivo de buscar Evidências de Validade e Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH), avaliou 423 crianças de 6 a 12 anos e comparou os dados do DFH com o desempenho no CBCL/6-18. Os resultados indicam que a EC DFH não foi sensível para identificar problemas totais do comportamento, problemas internalizantes e diferenciar o grupo de psicoterapia e sem psicoterapia. O segundo estudo, teve como objetivo identificar os indicadores do DFH de acordo com a sintomatologia específica apresentada pela criança. Foram analisados desenhos de 273 crianças de 6 a 12 anos e comparados os resultados na EC DFH com os sintomas identificados nos questionários de avaliação do comportamento (CBCL/6-18 e o SDQ). Os resultados apontaram que a EC DFH demonstrou adequada capacidade de diferenciar problemas de hiperatividade nas meninas de 6 a 8 anos, problemas de comportamento, problemas sociais e de hiperatividade nos meninos de 6 a 8 anos. No entanto, no grupo de 9 a 12 anos tanto nas meninas como nos meninos não foi sensível para discriminar nenhuma sintomatologia. Além disso, não foi possível encontrar um padrão em relação aos itens pontuados de acordo com os sintomas das crianças.

Palavras-chaves: Desenho da Figura Humana, Avaliação Psicológica, Crianças; Problemas Emocionais

Área conforme classificação da CAPES: 70700001 – Psicologia

Subárea conforme classificação da CAPES: 70701032 – Construção e validade de testes, escalas e medidas psicológicas

ABSTRACT

Draw-a-Person Test (DAP) is an evaluation technique that is very questioned as to its validity due to the lack of empirical studies. However, it is among the most used and studied by Psychologists and Psychology Students. In order to contribute to research on this instrument and its usefulness in the psychological evaluation of children, two studies were conducted. The first one, with the objective of searching for Validity and Reliability Evidence of the Clinical Scale of the Draw-a-Person Test (CS DAP), evaluated 423 children from 6 to 12 years old and compared the DAP data with the performance in the CBCL / 6-18. The results shows that CS DAP wasn't sensitive to identify total problems of behavior, internalizing problems and to differentiate psychotherapy group from the without psychotherapy group. The second study *has* as its *objective* identify the DPT indicators according to the specific symptomatology presented by the child. 273 draws from children aged 6 to 12 years were analyzed and the results were compared in CS DPT with the symptoms identified in the behavior assessment questionnaires (CBCL / 6-18 and SDQ). The results support that CS DAP showed adequate ability to differentiate hyperactivity problems in girls aged 6 to 8 years, behavioral problems, social problems and hyperactivity in boys aged 6 to 8 years. In spite of that, the group of 9 to 12 years wasn't sensitive to discriminate any symptomatology in neither of the genres. Beyond this, it wasn't possible to find a pattern related to items punctuated according to children's symptoms

Keywords: Draw-a-Person Test, Psychological Evaluation, Children; Emotional Problems

Area per classification CAPES: 70700001 - Psychologies

Sub-area per classification CAPES: 70701032 - Construction and validity of tests, scales and psychological measures

RELAÇÃO DE TABELAS

Apresentação

Tabela 1: Estudos Brasileiros com o DFH para avaliação emocional de crianças.....18

Seção I

Tabela 1: Caracterização da amostra por sexo, grupo de idade, estar em psicoterapia, tipo de escola, residência e classificação no CBCL/6-18.....32

Tabela 2: Médias EC DFH de acordo com o tipo de escola, cidade de origem e estar em psicoterapia.....36

Tabela 3: Médias na EC DFH de acordo com a classificação de grupo clínico e não clínico no CBCL/6-18.....38

Tabela 4: Correlação entre os escores da escala do DFH com os escores ponderados das escalas do CBCL/6-18.....39

Tabela 5: Médias na ECDFH de acordo com o fato da criança estar em psicoterapia ou não.....40

Seção II

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com os dados sócio demográficos.....55

Tabela 2: Distribuição da ECDFH de acordo com o tipo de escola, cidade de origem e estar em psicoterapia.....60

Tabela 3: Correlação Pearson entre subescalas do CBCL/6-18 e EC DFH.....62

Tabela 4: Comparação entre as médias na EC DFH com as classificações Clínico e Não Clínico nas subescalas do CBCL/6-18, SDQ-pais e SDQ-criança.....64

Tabela 5: Resultados do *qui-quadrado* dos itens com as subescalas do CBCL/6-18 e SDQ....65

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado consiste em um estudo realizado na área da Cognição Humana, que está vinculado ao Grupo de Neurociência Cognitiva e Transgeracionalidade (GNAT), coordenado pela Prof^a. Dr^a. Adriane Xavier Arteche. Essa pesquisa se insere na linha do GNAT, a saber: Construção, adaptação e validação de instrumentos. Este estudo foi realizado com co-orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Ruschel Bandeira, coordenadora do Grupo de Estudos, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP/UFRGS). O GEAPAP tem sido responsável pelas principais pesquisas brasileiras desenvolvidas sobre o Desenho da Figura Humana, incluindo o desenvolvimento da Escala Clínica.

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) está em anexo (Anexo 1). O estudo consiste na verificação das Evidências de Validade e Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH). Conforme o Ato de Deliberação 05/2012, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, a presente dissertação contempla dois estudos empíricos, sendo o primeiro intitulado *Evidências de fidedignidade e validade de critério da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH)* e o segundo *Indicadores do DFH e especificidade de sintomas em crianças*.

A motivação para a realização deste estudo se dá a partir da necessidade de instrumentos de triagem inicial para avaliação de crianças, devido à escassez dos mesmos. Atualmente o Desenho da Figura Humana está entre as técnicas mais conhecidas e utilizadas entre psicólogos no Brasil (Noronha, Primi, & Alchieri, 2005; Padilha, Noronha, & Zanchet, 2007; Weschler, 2012). Essa popularidade se dá pelo fato de a técnica ser de fácil acesso, baixo custo e rápida aplicação (Alves, 1981; Hutz & Bandeira, 1995). Mesmo com tanta popularidade, ainda não há um consenso sobre a melhor maneira de analisá-lo (Arteche, 2006). Devido a isso, a utilização do DFH nos processos de avaliação psicológica tem gerado debates entre pesquisadores e profissionais da área (Segabinazi & Bandeira, 2012).

A testagem psicológica é uma das práticas mais antigas dentro da Psicologia. Para a realização de uma testagem psicológica se utilizam testes psicológicos, os quais são dispositivos ou procedimentos de medida (Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014). No Brasil, atualmente a utilização de testes psicológicos encontra-se entre os temas mais debatidos na prática profissional.

Noronha (2003) reforça que os testes vêm sendo criticados tanto em relação ao processo de construção - quanto às questões ideológicas - (ex. “para que” utilizá-los). Desde o ano de 2003, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamentou o uso desses instrumentos com uma resolução acerca da utilização dos testes psicológicos. A partir dessa resolução, o psicólogo somente pode usar na sua prática testes autorizados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI, ou seja, considerados válidos, com propriedades psicométricas adequadas.

Surge, então, um grande desafio uma vez que os testes precisam demonstrar validade, confiabilidade, fidedignidade e, sobretudo, serem úteis, apoiados em uma metodologia científica e atualizada (Cunha, Neto, & Stackfleth, 2016; Villemor-Amaral, 2008) - critérios que asseguram credibilidade por parte da comunidade científica (Chiodi & Wechsler, 2008). Para que os instrumentos sejam considerados confiáveis e eficientes, o processo de construção deve ser baseado em regras, as quais são denominadas parâmetros psicométricos.

No ano de 2017, o SATEPSI apresenta 198 testes válidos e liberados para a utilização por psicólogos, no entanto, destes, somente 42 destinam-se ao público infantil, na faixa etária de 5 a 12 anos (Satepsi, 2017). Dentre esses instrumentos, 15 são não verbais, ou seja, podem ser aplicados em crianças com dificuldades na fala e/ou na comunicação e sete são gráficos. No entanto, esses instrumentos buscam a avaliação da inteligência e/ou habilidades específicas como, raciocínio, personalidade, criatividade e habilidades sociais. Dentre os testes gráficos, os quais são considerados de baixo custo, pois envolvem materiais de fácil acesso, encontram-se apenas quatro válidos, dentre eles, dois sistemas para avaliação cognitiva através do Desenho da Figura Humana: DFH-III (Wechsler, 2003) e o DFH-Sisto (Sisto, 2005). Com esses dados, podemos afirmar que é escasso o número de instrumentos para avaliação de crianças, de baixo custo e que não requerem habilidades verbais. Cabe destacar ainda, que dentre os instrumentos válidos, nenhum deles tem como finalidade ser um instrumento de “*screening*” ou triagem para identificar problemas psicológicos em crianças, já o Desenho da Figura Humana (DFH), conforme estudos, tem se mostrado um instrumento adequado para essa finalidade (Oliveira, 2013).

Segabinazi e Bandeira (2012) afirmam que o DFH possui potencial como instrumento clínico na diferenciação de crianças e adolescentes com problemas emocionais. No entanto, como destacam essas autoras, na maioria das vezes, seu uso

não ocorre baseado em abordagens adequadas de investigação. Alguns autores apontam ainda que o DFH pode servir como uma “pista” para avaliação de problemas emocionais em crianças (Matto, 2002; Thomas & Jolley, 1998), além de discriminar grupos clínicos e não clínicos e de servir como um instrumento de triagem ou de avaliação inicial, em contextos nos quais as capacidades da criança, o tempo e/ou os recursos são limitados (Oliveira, 2013; Segabinazi & Bandeira, 2012).

O Desenho da Figura Humana (DFH) na avaliação infantil

O desenho é uma das formas mais antigas de comunicação da civilização humana. Antes mesmo da escrita, os homens no período Alto Paleolítico já usavam códigos de imagem como forma de comunicação (Nunes, Teixeira, Feil, & Paniagua, 2012). No desenvolvimento infantil, podemos observar esse mesmo processo, ou seja, o desenho antecede a escrita. A comunicação pelo desenho é elementar, básica e universal (Klepsch & Logie, 1984).

O primeiro trabalho científico encontrado sobre o desenho infantil foi realizado por Ebenezer Cooke em 1885 (Casullo, 2004). Em seguida, em 1887, Ricci, publicou seus achados sobre o desenho como fenômeno expressivo, estudando os estágios da evolução do desenho da figura humana feito por crianças e suas relações com a arte primitiva (Campos, 1998; Cox, 2001; Mèredie, 1997). Lessa (1953) refere que o período entre os anos de 1900 a 1915 foi o apogeu científico dos estudos iniciais sobre e com o desenho infantil.

No século XVIII, a infância passou a ser vista de forma diferenciada e como uma etapa importante do desenvolvimento humano (Cox, 2001). Como consequência disso, também o ato de desenhar, tarefa comum nessa faixa etária, passou a ser alvo de estudos no meio acadêmico (Arteche, 2006). Para autores como Goldberg, Yunes e Freitas (2005), o desenho é um dos aspectos mais importantes para o desenvolvimento integral da criança, sendo um mediador de conhecimento e autoconhecimento. Derdyk (1989) afirma que o desenho é uma forma de comunicação e representação da criança sobre o ambiente em que vive e interage, podendo através dessa atividade compartilhar experiências. Campos (1998) salienta que o desenho da criança expressa a forma como ela percebe e o que compreende do mundo, valorizando a totalidade psíquica da criança tanto emocional e intelectual. Esse autor ainda refere que a criança, desde muito pequena já sente prazer em rabiscar.

Baseado nessas premissas, os pesquisadores passaram a estudar o Desenho da Figura Humana, realizado por crianças, passou a ser estudado como uma técnica de avaliação psicológica (Cunha, 2000). Os primeiros estudiosos foram: Lamprecht, que em 1906, investigou as diferenças individuais dos desenhos infantis e Claparede, no ano seguinte, em 1907, que realizou o estudo comparando a relação entre desenho e habilidade intelectual de crianças. Ivanoff, em 1909 deu seguimento a esse segundo estudo, propondo uma escala de seis pontos para avaliação do desenho (Kamphaus & Pleiss, 1991).

Esses trabalhos iniciais serviram de base para Florence Goodenough, estudiosa que no ano de 1926 elaborou uma padronização de avaliação para o Desenho da Figura Humana. Em suas pesquisas, a autora propôs uma técnica para medir a inteligência geral por meio da análise da figura de um homem. As bases teóricas desse estudo foram que a criança ao desenhar deve ativar diversos recursos mentais, dentre eles: associar recursos gráficos com o objeto real; analisar os componentes do objeto a ser representado; avaliar e selecionar os elementos característicos essenciais; analisar as relações espaciais (posição); formular juízos de relações quantitativas (proporcionalidade); abstrair (reduzir e simplificar as partes do objeto em desenhos gráficos); coordenar o trabalho visomanual e adaptar o esquema gráfico a seu conceito de objeto representado (Goodenough, 1964).

A evolução do grafismo ou desenho ocorre num ritmo muito pessoal, entretanto, é possível verificar características comuns nas representações gráficas das crianças. Cox (2001) reforça que a figura humana é uma das primeiras imagens que as crianças desenham, sendo inicialmente uma forma bizarra, semelhante a um girino. De acordo com Harris (1963) citando os estudos de Burt (1921), o autor classifica o processo de desenvolvimento do desenho infantil da figura humana nas seguintes etapas: 1) Garatuja (2 a 3 anos); 2) Linhas (4 anos); 3) Simbolismo descritivo (5 a 6 anos); 4) Realismo (7 a 9 anos); 5) Realismo visual (10 a 11 anos); 6) Repressão (11 a 14 anos) e 7) Renascimento artístico (na puberdade).

Essas etapas foram divididas de uma forma didática para se compreender a evolução do grafismo, já que o mesmo é um processo evolutivo dinâmico (Liporance, 1996). O conhecimento sobre o desenvolvimento do grafismo infantil se faz necessário para qualquer tipo de análise do desenho infantil. O desenho, no entanto, só pode ser avaliado a partir do momento em que a criança já atingiu algum nível de controle motor,

o que geralmente ocorre por volta dos três e quatro anos de idade. Antes disso, ela usa o lápis pelo simples prazer de rabiscar (Weschler, 2003).

Ainda que os primeiros estudos sobre o desenho da figura humana tenham se concentrado nos aspectos desenvolvimentais e cognitivos do desenho, sistemas posteriores (Arteche, 2006; Oliveira, 2013) propuseram uma ampliação da utilização do DFH com o intuito de utilizá-lo também como medida de avaliação de aspectos emocionais. No entanto, a diversidade de sistemas resultante deste movimento faz com que, conforme aponta Nunes et al. (2012), ocorra uma sobreposição dos diferentes sistemas, mesmo com parâmetros distintos de avaliação, ou então, uma confusão na nomenclatura do que realmente aquele sistema se propõe em avaliar.

Atualmente, encontram-se cinco principais abordagens interpretativas do DFH, descritas abaixo:

1) Medida de avaliação do desenvolvimento intelectual ou avaliação cognitiva, baseada nos estudos de Goodenough (Goodenough, 1964; Harris, 1963).

2) Medida projetiva ou avaliação da personalidade, baseada na interpretação do desenho. Os principais estudiosos dessa técnica são: Machover (1949), Hammer, (1991), Buck (2003) e no Brasil, Van Kolck (1984).

3) Análise empírica dos aspectos emocionais, a partir de comparações entre grupos (Koppitz, 1984; Naglieri, McNeish & Bardos, 1991; Arteche, 2006).

4) Abordagem Global do desenho, avaliação holística (Segabinazi & Bandeira, 2012).

5) Indicadores de Criatividade (Wechsler & Nakano, 2012).

O *primeiro sistema - Medida de avaliação do desenvolvimento intelectual ou avaliação cognitiva* - destaca que o desenho pode ser entendido como uma forma de expressão dos aspectos desenvolvimentais da criança. De acordo com esse sistema, através da análise do desenho infantil, é possível estimar a capacidade cognitiva daquela criança. A partir dos estudos de Goodenough, em 1926, denominando-o como Teste de Inteligência. De acordo com essa autora, a criança não desenha apenas aquilo que ela vê, mas sim o que ela sabe. A partir desse estudo, outros autores passaram a aprofundar o uso do desenho com essa finalidade (Harris, 1963; Koppitz, 1984; Alves, 1981; Weschler, 2003; Sisto, 2005).

O *segundo sistema - Medida projetiva ou avaliação da personalidade* - entende que ao desenhar a criança projeta aspectos inconscientes e conteúdos latentes de sua

personalidade. Esse método é baseado na teoria psicanalítica e os autores entendem que o papel representa o ambiente e a figura humana desenhada como uma representação de si mesmo (Buck, 2003; Hammer, 1991; Machover, 1949). Existe uma ampla variabilidade de interpretações para os significados emocionais presentes no desenho, sendo esse sistema muito questionado. Devido a isso, há muitas controvérsias da utilização do desenho para essa finalidade e as críticas ocorrem principalmente quanto à falta de normas objetivas e padronização, além da natureza qualitativa da avaliação (Bandeira & Arteché, 2008; Matto & Naglieri, 2005; Wechsler, Prado, Oliveira, & Mazzarino, 2011; Williams, Wiener, & Macmillan, 2005). No Brasil, Van Kolck (1984) contribuiu significativamente com esses estudos, afirmando que o ato da criança desenhar favorece o processo de organização das características internas ou de personalidade.

O *terceiro sistema* de análise - *Análise empírica dos aspectos emocionais* - é centrado não nos aspectos projetivos do desenho, mas sim nas suas características gráficas, foi denominado de Avaliação dos Aspectos Emocionais ou Indicadores Emocionais. Esse método de avaliação tem como ponto de partida os estudos de Elizabeth Koppitz, ao postular que, o desenho de crianças também pode indicar aspectos relacionados às relações interpessoais, ansiedade e medos (Koppitz, 1966; 1984). Essa proposta de avaliação teve sua primeira citação em pesquisas realizadas entre os anos de 1957-1966 criticando o sistema de Machover (Swensen, 1968). Koppitz foi a pioneira em sistematizar uma avaliação dos indicadores emocionais, ao definir critérios para esses itens: a) possuir validade clínica, o que significa que eles deveriam diferenciar as crianças sadias de crianças com problemas emocionais; b) sua frequência deveria ser menor que 16% e c) não estarem relacionados com a idade ou maturação (Koppitz, 1984). No sistema proposto por essa autora, é feita uma análise de 30 indicadores de transtorno emocional, onde a presença de dois ou mais desses indicadores no desenho de uma criança são altamente sugestivos para a existência de problemas emocionais (Koppitz, 1966).

Estudos posteriores, desenvolvidos por Naglieri, McNeish e Bardos (1991), criticaram o sistema criado por Koppitz, afirmando que deveria se considerar o total de indicadores no desenho e não somente uma avaliação dos itens para determinar se existe patologia. Esses autores, então, propõem um novo sistema: *Draw a Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP:SPED)*. O objetivo principal do

DAP:SPED é discriminar crianças com algum tipo de problema de comportamento comparado as crianças sem esse tipo de problema (grupo controle). A principal vantagem desse método de interpretação é que possibilita uma avaliação holística dos desenhos, com foco no escore total dos sujeitos (Naglieri & Pfeiffer, 1992). Matto (2002) refere que o DAP:SPEED é o sistema psicometricamente mais avançado para avaliação do desenho da figura humana feito por crianças. Esse autor realizou um estudo para investigar a validade do DAP:SPEED na identificação de problemas internalizantes e externalizantes, utilizando 68 crianças entre seis e 12 anos. Os resultados apontaram que o DAP:SPEED foi capaz de prever significativamente a variação em distúrbios de comportamento internalizante.

O *quarto sistema - Abordagem Global do Desenho* - para alguns estudiosos estaria relacionado também à análise de dificuldades emocionais. O sistema de Avaliação Global analisa os desenhos de forma geral, julgando-o como um todo, assumindo que as crianças podem não expressar de forma gráfica suas habilidades emocionais de maneira semelhante e busca indicadores psicopatológicos nos aspectos gerais do desenho (Segabinazi & Bandeira, 2012). Em 1968, Swensen em seus estudos apontou que as avaliações globais atingiam bons níveis de precisão, apresentando propriedades satisfatórias do ponto de vista psicométrico (Swensen, 1968). De acordo com Garb, Wood, Lilienfeld e Nezworski (2002), a avaliação global do desenho é mais efetiva para discriminar determinados problemas de comportamento em crianças.

Já o *quinto sistema de análise - Indicadores de Criatividade* - é referido por Weschler e Nakano (2012). As autoras apontam que o DFH pode ser influenciado por características de criatividade, tendo a “qualidade artística do desenho” capacidade de influenciar no desempenho da avaliação dos desenhos, sendo essas características muitas vezes confundidas com dificuldades emocionais. Oliveira e Wechsler (2016) encontraram sobreposição entre itens emocionais e de criatividade e alertam ao profissional que avalia desenhos para o olhar voltado a potencialidade e a saúde compreendendo que alguns itens podem ser expressões de características criativas de crianças.

O presente estudo se baseia no terceiro sistema, o qual busca a avaliação emocional de crianças e que tem tido um aumento em estudos no Brasil, o Sistema de Koppitz está entre os mais utilizados de acordo com a revisão de pesquisas utilizando o DFH entre os anos de 2002 e 2012 (Suehiro & Benfica, 2016).

Estudos Brasileiros com o Desenho da Figura Humana na avaliação emocional de crianças

Os estudos com o DFH no Brasil iniciaram com o trabalho de Lessa (Lessa, 1953). A autora, pautada, nos estudos de Goodenough realizou uma revisão da escala. A partir desse trabalho o DFH passou a ser investigado também na população brasileira (Nunes et al., 2012). Posteriormente, o DFH passou também a ganhar mais força no Brasil para avaliação emocional. Hutz e Antoniazzi (1995) referem que até o início da década de 90, poucos estudos foram publicados no Brasil sobre validação do DFH. Esses autores descrevem que até esse período o uso do DFH era sempre baseado em normas desenvolvidas com amostras americanas de estudos realizados na década de 60.

Após a resolução sobre o uso de Testes Psicológicos pelo SATEPSI, em 2003, ocorre um crescimento nos estudos com o DFH, principalmente com o objetivo de avaliação dos problemas emocionais em crianças. Conforme uma revisão realizada sobre a produção científica sobre o Teste Desenho da Figura Humana entre os anos de 2002 e 2012, foram encontrados 39 artigos publicados em periódicos brasileiros. A maioria das publicações foi realizada na região Sudeste e utilizados como métodos de avaliação os sistemas de Koppitz (28,2%), Machover (20,5%) e Van Kolck (15,4%). As autoras ainda referem que os estudos relativos às qualidades psicométricas do DFH são escassos, centrando-se principalmente em estudos de validade (Suehiro, Benfica & Cardim, 2016).

A tabela 1 apresenta uma revisão de forma resumida dos principais estudos brasileiros recentes encontrados com o DFH para avaliação emocional de crianças.

Tabela 1: Estudos Brasileiros com o DFH para avaliação emocional de crianças

Ano	Sistema	Objetivo	Idade	Itens avaliados/ponto de corte	Origem dos itens	Conclusão	Referência
2006	Indicadores Emocionais e cognitivos	Estudo 1: comparação entre grupo de crianças clínicas (em atendimento psicológico) com o grupo de crianças não clínicas através da avaliação dos indicadores emocionais e cognitivos no DFH. Estudo 2: elaborar a versão final da escala de indicadores emocionais no DFH.	6 a 12 anos	Estudo 1: 193 itens Estudo 2: 10 a 13 indicadores conforme sexo e idade da criança Ponto de corte: 2 a 4 pontos	Machover, Koppitz, Naglieri, McNeish e Bardos e Weschler	Estudo 1: os itens que discriminam os grupos foram diferentes de acordo com sexo e idade. Estudo 2: confirma a validade das escalas para a predição de problemas emocionais em crianças, mas salienta-se a necessidade de seguir sendo analisado o constructo latente do DFH, associando com características de personalidade.	Arteche, A. X. (2006). Indicadores emocionais do desenho da figura humana: construção e validação de uma escala infantil. <i>Tese de Doutorado</i> . Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
2010	Avaliação Global	Verificar as evidências de validade das estratégias globais do Desenho da Figura Humana (DFH) na identificação de problemas emocionais.	6 a 12 anos	Qualidade artística, normalidade e diferenciação sexual.	Escalas presentes na literatura	O sistema de avaliação global do DFH é um instrumento útil para triagem, sendo adequado para diferenciar grupos de crianças clínicas das não clínicas.	Segabinazi, J. D. & Bandeira, D. (2012). Desenho da Figura Humana para avaliação emocional de crianças: evidências de validade de escalas globais. In S. M. Wechsler, & T.C. Nakano (orgs.), <i>O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional</i> (pp. 149-176). São Paulo: Casa do Psicólogo.
2011	DAP:SPEED e DFH-III	Analisar a prevalência de indicadores emocionais no DFH em crianças sem distúrbios psicológicos aparente.	5 a 11 anos	55 itens Ponto de corte: 5 a 7 pontos, variando conforme sexo e idade.	Machover, Koppitz e Naglieri	É necessário se ter cautela na interpretação dos indicadores como problemáticas emocionais, pois vários deles estão relacionados a características do desenvolvimento cognitivo ou de preferências de gênero ao representar a figura humana	Wechsler, S. M., Prado, C. D. M., Oliveira, S., & Mazzarino, B. G. (2011). Desenho da Figura Humana: Análise da Prevalência de Indicadores para Avaliação Emocional. <i>Psicologia Reflexão E Crítica</i> , 24(3), 411-418.
2011	Indicadores Emocionais e Avaliação Global	Descrever o perfil das crianças vitimizadas do ponto de vista sociodemográfico e verificar os itens do DFHs dessas crianças	6 a 12 anos	143 indicadores emocionais. Além da qualidade	Machover, Koppitz, Naglieri, McNeish &	A avaliação dos indicadores emocionais do DFH diferenciou o grupo de crianças clínicas do grupo de comparação,	Albornoz, A. C. (2011). Desenho da Figura Humana: Indicadores de abandono, abuso sexual e abuso físico em crianças. <i>Tese de Doutorado</i> .

		comparados aos desenhos de crianças sem histórico de negligência, abandono e abuso. Além de verificar se as escalas globais do DFH discriminam esses grupos de crianças.		artística, normalidade e diferenciação sexual.	Bardos Van Hutton	possibilitando com isso a construção de escalas avaliativas de acordo com a tipologia (abuso físico, abandono e negligência) e sexo.	Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
2012	Indicadores Emocionais	Buscou Evidências de Validade de Indicadores de Agressividade no Desenho da Figura Humana	8 a 12 anos de idade	143 indicadores emocionais	Machover, Koppitz, Naglieri, McNeish & Bardos Van Hutton	Alguns indicadores do DFH são capazes de diferenciar o grupo de crianças agressivas do grupo de crianças sem comportamento agressivo	Bauermann, M. (2012). Indicadores de Agressividade através do Desenho da Figura Humana. <i>Monografia do curso de especialização</i> . Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
2013	Indicadores Emocionais	Estudo 1: verificar a associação entre índices do DFH e traços de personalidade (avaliados através da ETPC) Estudo 2: identificação de indicadores emocionais de crianças clínicas e não clínicas de acordo com CBCL/6-18	Estudo 1: 5 a 10 anos Estudo 2: 6 a 12 anos	143 indicadores emocionais	Machover, Koppitz, Naglieri, McNeish & Bardos Van Hutton	Há associação entre alguns itens do DFH e características de personalidade de crianças, além de que o DFH é uma ferramenta de triagem importante para avaliação de comportamento infantil, especialmente do tipo internalizante.	Bauermann, M. (2013). A associação do desenho da figura humana com personalidade e problemas de comportamento em crianças. <i>Dissertação de Mestrado</i> . Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
2013	Indicadores Emocionais e cognitivos	Criação de escalas clínicas para avaliação do DFH.	6 a 12 anos	103 itens Ponto de corte: 4 a 8 pontos, variando conforme sexo e idade.	Machover, Koppitz, Naglieri, McNeish & Bardos	Esse estudo aponta que o DFH é um instrumento válido para triagem de problemas emocionais em crianças, no entanto, a escala para análise dos desenhos de meninos apresentou um poder discriminativo limítrofe, a qual necessitaria de maior investigação.	Oliveira, S. E. S. de. (2013). Construção de escalas clínicas do Desenho da Figura Humana para crianças de 6 a 12 anos: Normas e Evidências de Validade. <i>Monografia do Curso de Especialização</i> . Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
2016	Triagem emocional	Verificar as evidências de validade do DFH como medida emocional.	11 e 12 anos	59 itens para cada figura (masculina e feminina).	Weschler (2013 – no prelo).	Os resultados apontam não haver validade de critério externo para os indicadores emocionais do DFH. Esse estudo refere à necessidade de revisão dos itens tidos como indicadores emocionais, já que não apresentou evidências de validade.	Comparini, I. P. (2016). Indicadores emocionais no desenho e dificuldades comportamentais em crianças. <i>Dissertação de Mestrado</i> . Programa de Pós-Graduação de Ciências da Vida - PUC-Campinas. São Paulo, Brasil.

Baseado nesses achados verifica-se uma maior utilização do DFH em pesquisa, principalmente com o propósito de apresentar evidências de validade do instrumento. No entanto, os resultados são controversos, e reforçam a necessidade de maior investigação sobre o DFH para avaliação de problemas emocionais em crianças. A presente pesquisa se propõe a ampliar esses estudos com o DFH a partir da análise dos indicadores emocionais e da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH), dando continuidade aos estudos de Arteché (2006) e Oliveira (2013) a fim de investigar evidências de validade do DFH como um instrumento para *screening* de problemas psicológicos em crianças.

A EC DFH foi criada a partir de um banco de dados com 804 desenhos de crianças, meninos e meninas, oriundas de cidades do Rio Grande do Sul. As escalas foram construídas a partir da análise dos desenhos de crianças Clínicas e Não Clínicas. Foram realizados testes de *Qui-Quadrado* (χ^2) comparando a frequência de 143 itens (Albornoz, 2011) do DFH entre o grupo Clínico e Não Clínico. Os critérios de retenção dos itens para a escala foram: 1) item deveria apresentar um valor de χ^2 significativo; 2) a presença do item no grupo não clínico deveria ser maior que 50%; 3) ao menos 10% do grupo clínico deveria apresentar o item, exceto nos casos em que a frequência do item for ausente no grupo não clínico. Oliveira (2013) propõe escores diferenciados para os itens que apresentaram melhor capacidade de predizer o desfecho clínico, o qual chamou de “itens críticos”. Essa diferença nos escores, recebendo pontuações distintas, é um dos diferenciais do estudo. As escalas foram baseadas considerando sexo e idade, resultando em quatro escalas: meninos e meninas, seis a oito anos e de nove a 12 anos. O estudo realizado aponta que o DFH é um instrumento válido para triagem de problemas emocionais em crianças, no entanto, a escala para análise dos desenhos de meninos apresentou um poder discriminativo limítrofe, a qual necessitaria de maior investigação. Além disso, Oliveira (2013) refere à importância de a escala ser testada em uma nova amostra e da realização de novos estudos de evidências de validade e fidedignidade.

Baseado nesses achados, entende-se a necessidade de novos estudos levando em consideração que o DFH é um instrumento muito utilizado na prática clínica (Noronha, Primi, & Alchieri, 2005; Padilha, Noronha, & Zanchet, 2007; Weschler, 2012) e também em pesquisa, de fácil aplicação e baixo custo (Alves, 1981; Hutz & Bandeira, 1995)

Tendo em vista suprir essa carência buscou-se investigar a validade do DFH como instrumento de *screening* para problemas emocionais, fazendo uma análise através de dois estudos:

Estudo 1: Investigação de Evidências de Validade e Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) baseada no estudo realizado por Oliveira (2013).

Estudo 2: Indicadores da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) e problemas de comportamento em crianças

Referências

- Albornoz, A. C. (2011). Desenho da Figura Humana: Indicadores de abandono, abuso sexual e abuso físico em crianças. *Tese de Doutorado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Alves, I. C. B. (1981). O teste Goodenough-Harris em pré-escolares paulistanos. *Boletim de psicologia*, 80 (33), 40-52.
- Arteche, A. X. (2006). Indicadores emocionais do desenho da figura humana: construção e validação de uma escala infantil. *Tese de Doutorado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Bandeira, D. R., & Arteche, A. X. (2008). Desenho da Figura Humana. In Villemor-Amaral, A. E. & Werlang, B. S. G. *Atualização em métodos projetivos para avaliação psicológica* (pp. 205–223). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bauermann, M. (2012). Indicadores de Agressividade através do Desenho da Figura Humana. *Monografia do curso de especialização*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Bauermann, M. (2013). A associação do desenho da figura humana com personalidade e problemas de comportamento em crianças. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa, técnica projetiva do desenho: Manual e guia de interpretação*. (Vetor, Ed.). São Paulo.
- Campos, D. M. S. (1998). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. (E. Vozes, Ed.) (2º EDIÇÃO). Petrópolis, RJ.
- Casullo, M. M. (2004). *El Teste Grafico Del Dibujo de la Figura Humana: Normas Regionales*. (E. Guadalupe, Ed.) (4º edição). Buenos Aires.
- Chiodi, M. G., & Wechsler, S. M. (2008). Avaliação Psicológica: Contribuições Brasileiras. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVIII (2), 197-210. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2008000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e Avaliação*

Psicológica: Introdução a testes e medidas.

- Comparini, I. P. (2016). Indicadores emocionais no desenho e dificuldades comportamentais em crianças. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação de Ciências da Vida - PUC-Campinas. São Paulo, Brasil.
- Cox, M. (2001). *Desenho da Criança*. (2 edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, C. M., Neto, O. P. A., & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista de atenção à saúde*, 75, 14, 75–83. DOI: 10.13037/ras.vol14n47.3391.
-
- Derdyk, E. (1989). *O desenho da figura humana*. São Paulo: Editora Scipione.
- Garb, H.; Wood, J.; Lilienfeld, S. & Nezworski, M. T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (5), 454-463. Recuperado de: https://digitalcommons.utep.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com.br/&httpsredir=1&article=1006&context=james_wood
- Goldberg, Yunes e Freitas (2005). O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10 (1), 97-106. DOI: 10.1590/S1413-73722005000100012.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodenough, F. (1964). *Teste de Inteligência infantil por medio del dibujo de la figura humana*. 7 edición. Buenos Aires: Paidós.
- Hammer, E. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. (E. Nick, Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1926)
- Harris. D.B. (1963). *El test de Goodenough: revisión, ampliación y actualización*. (Paidós, Ed.). Buenos Aires.
- Hutz, C. S., & Antoniazzi, A. S. (1995). O desenvolvimento do Desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: Normas para avaliação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, 3-18.
- Hutz, C. S. & Bandeira, D. R. (1995). Avaliação psicológica com o Desenho da Figura Humana: Técnica ou intuição? *Temas em Psicologia*, 3, 35-41.

- Kamphaus, R. & Pleiss, H. (1991). Draw-a-person techniques: Test in search of a construct. *Journal of School Psychology, 29*, 395-491.
- Klepsch, M., & Logie, L. (1984). *Crianças desenham e comunicam-se: uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana*. (J.A. Cunha, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koppitz, E. M. (1966). Emotional indicators on human figure drawings of children: a validation study. *Journal of Clinical Psychology, 22*(4), 466–469. DOI: 10.1002/1097-4679(196610)22:4<466
- Koppitz, E. M. (1984). *El dibujo de la Figura Humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 3*(1), 159-174.
- Lessa, L. M. de P. (1953). Estudo da Escala de Goodenough. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica, 5*(4), 107–122.
- Liporance, M. F. (1996). *El dibujo de la figura humana: Aspectos psicométricos y proyectivos em el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Matto, H. C. (2002). Investigating the Validity of the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance: A Measurement Validation Study With High-Risk Youth. *Psychological Assessment, 14*(2), 221–225.
- Matto, H. C., & Naglieri, J. A. (2005). Race and Ethnic Differences and Human Figure Drawings: Clinical Utility of the DAP:SPED. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(4), 706–711.
- Machover, K. (1949). *Proyeccion de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana: um metodo de investigacion de la personalidad*. La Habana: Cultural, S.A.
- Mèredie, F. (1997). *O Desenho Infantil*. São Paulo: Cultrix.
- Naglieri, J.; McNeish, T. & Bardos, A. (1991). *DAP:SPEED - Draw a Person: Screening procedure for emotional disturbance*. Austin, Texas: Pro.Ed.
- Naglieri, J. & Pfeiffer, S. (1992). Performance of disruptive disordered and normal samples on the Draw a Person procedure for emotional disturbance. *Psychological Assessment, 4* (2), 156-159.
- Noronha, A. P. P. (2003). Estudos de Validade e de Precisão em Testes de Inteligência. *Paidéia, 13*(26), 163-169. Recuperado de: <https://www.revistas.usp.br/paideia/article/viewFile/6159/7690>

- Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2005). Instrumentos de Avaliação mais Conhecidos / Utilizados por Psicólogos e Estudantes de Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 18(3), 390–401. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a13v18n3.pdf>
- Nunes, M. L. T., Teixeira, R. P., Feil, C. F., & Paniagua, R. M. (2012). O desenho da figura humana: uma perspectiva histórica. In S. M. Wechsler, & T.C. Nakano (orgs.), *O desenho infantil : forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 15–32). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, S. E. S. de. (2013). Construção de escalas clínicas do Desenho da Figura Humana para crianças de 6 a 12 anos: Normas e Evidências de Validade. *Monografia do Curso de Especialização*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Oliveira, K, S. & Wechsler, S. M. (2016). Indicadores de Criatividade no Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36 (1), 6-19. DOI: 10.1590/1982-3703001682014
- Padilha, S., Noronha, A. P. P., & Zanchet, C. F. (2007). Instrumentos de Avaliação Psicológica. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 69–76. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3350/335027181009/>
- Satepsi (2017). Lista completa dos Testes Favoráveis. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/listaTesteFavoravel.cfm> Acesso em: 25 de novembro de 2017.
- Segabinazi, J. D. (2010). Desenho da Figura Humana: Evidências de validade de escalas globais de avaliação. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Segabinazi, J. D. & Bandeira, D. (2012). Desenho da Figura Humana para avaliação emocional de crianças: evidências de validade de escalas globais. In S. M. Wechsler, & T.C. Nakano (orgs.), *O desenho infantil : forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 149-176). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sisto, F. F. (2005). Desenho da Figura Humana - Escala Sisto. São Paulo: Vetor.
- Suehiro, A. C. B.; Benfica, T. S. & Cardim, N. A. (2016). Produção Científica sobre o Teste Desenho da Figura Humana entre 2002 e 2012. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 439–448. DOI: 10.1590/1982-3703000822014

- Swensen, C. H. (1968). Empirical evaluations of human figure drawings. *Psychological Bulletin*, 70(1), 20–44. DOI: 10.1037/h0026011
- Thomas, G. V., & Jolley, R. P. (1998). Drawing conclusions: A re-examination of empirical and conceptual bases for psychological evaluation of children from their drawings, *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 127–139.
- Villemor-amaral, A. E. (2008). A validade teórica em avaliação psicológica. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 28(1), 98–109. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000100008&lng=pt&tlng=pt
- Van Kolck, O. L. (1981). Os desenhos no assessoramento psicológico das psicopatias. *Boletim de Psicologia*, 33 (81), 82-93.
- Van Kolck, O. L. (1984). Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- Wechsler, S. M. (2003). *DFH III: O desenho da figura humana: Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras*. Campinas, SP: LAMP/PUCRS.
- Wechsler, S. M. (2012). O desenho da figura humana: medida cognitiva, emocional ou criativa? In S. M. Wechsler, & T. C. Nakano (Org.) *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 33-64). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, S. M., Prado, C. D. M., Oliveira, K. S., & Mazzarino, B. G. (2011). Desenho da Figura Humana: Análise da Prevalência de Indicadores para Avaliação Emocional. *Psicologia Reflexão E Crítica*, 24(3), 411–418. DOI: 10.1590/S0102-79722011000300001
- Williams, S. D., Wiener, J., & Macmillan, H. (2005). Build-a-Person Technique: An examination of the validity of human-figure features as evidence of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29, 701–713.

2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

2.1 SEÇÃO EMPÍRICA I: Evidências de Fidedignidade e Validade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH)

Resumo

A Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) tem como objetivo ser um instrumento de triagem para identificar problemas emocionais em crianças. Os estudos iniciais mostram que ela foi sensível para discriminar o grupo de crianças com problemas emocionais do grupo de crianças sem esses problemas. Partindo disso, o presente estudo teve como objetivo investigar as evidências de validade e fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH). A amostra foi composta por 423 crianças, meninas e meninos de 6 a 12 anos e o DFH foi analisado conforme a EC DFH. Os escores e as médias apresentadas na EC DFH foram comparadas com o desempenho das crianças clínicas e não clínicas para problemas de comportamento avaliados pelo CBCL/6-18 e também com o grupo de psicoterapia e sem psicoterapia. As médias apresentadas pelo grupo clínico de forma geral foram muito semelhantes ao grupo não clínico para os problemas totais do comportamento, problemas internalizantes, problemas externalizantes e do grupo de psicoterapia e sem psicoterapia. Esse dado demonstra que a EC DFH não foi adequada para poder identificar problemas emocionais em crianças.

Palavras-Chaves: Desenho da Figura Humana; Evidências de Validade; Fidedignidade

Abstract

The Clinical Scale of the Draw-a-Person Test (CS DAP), was created based on studies on emotional indicators in order to be a screening tool to identify emotional problems in children aged 6 to 12 years. Initial studies show that it was sensitive to discriminate the group of children with emotional problems from the group of children without these problems. Based on that, the present study intend to investigate the validity and reliability evidences of the Clinical Scale of the Draw-a-Person Test (CS DAP). The sample consisted of 423 children, girls and boys the DAP was analyzed according to the scale suggested by Oliveira (2013). The scores and avareges presented in CS DAP were compared with the performance of clinical and nonclinical children for

behavioral problems evaluated by CBCL / 6-18 and also with the psychotherapy group and without psychotherapy. The results indicate that the school type variable was significant in comparing the performance of girls aged 6 to 8 years. Generally, the averages presented by the clinical group were very similar to the nonclinical group for total behavioral problems, internalizing problems, externalizing problems and the psychotherapy group and without psychotherapy. This data indicates that the CS DAP wasn't adequate to identify emotional problems in children.

Keywords: Draw-a-Person Test; Validity Evidences; Reliability

Introdução

As origens do uso do Desenho da Figura Humana (DFH) datam de 1905 quando Binet e Simon apresentaram uma proposta psicométrica na tentativa de avaliar características intelectuais. Esses autores analisaram o desenho como sendo possível de ser empregado em testes de desenvolvimento mental e de aptidões específicas, como também em testes para diagnósticos especiais (Van Kolck, 1984).

Com o passar dos anos, verificou-se um aumento do uso dos desenhos como método de avaliação e conseqüentemente, uma maior utilização por psicólogos de diferentes sistemas para análise e interpretação (Arteche & Bandeira, 2006). Atualmente encontram-se cinco grandes abordagens interpretativas do DFH, sendo elas: 1) análise desenvolvimento cognitivo infantil, tendo duas versões validadas pelo SATEPSI (Sisto, 2005; Wechsler, 2003); 2) avaliação da personalidade/medida projetiva (Buck, 2003; Machover, 1949); 3) a análise do desenho a partir de bases empíricas que discriminam grupos, propondo uma investigação de fatores emocionais centrado-se nas características gráficas do desenho (Koppitz, 1984; Naglieri, McNeish & Bardos, 1991); 4) análise global do desenho (Segabinazi & Bandeira, 2012) e 5) análise da criatividade (Oliveira & Wechsler, 2016; Wechsler, 2012).

Os estudos que buscam utilizar o DFH como instrumento de triagem de problemas emocionais se originam da terceira abordagem acima citada. Koppitz (1984) foi a pioneira em sistematizar uma avaliação dos indicadores emocionais, a fim de poder identificar através da análise de 30 itens se a criança apresentava dificuldades emocionais. Posteriormente, Naglieri, McNeish e Bardos, (1991) criaram o DAP:SPED (*Draw a Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance*), pois de acordo com os autores é necessário avaliar o total de indicadores do desenho e não analisar itens

isolados. O DAP:SPED conta com 55 itens, sendo solicitados três desenhos: do homem, da mulher e auto-retrato, e a avaliação é feita a partir do somatório de pontos desses desenhos. Nesse método de avaliação do DFH, quanto maior o escore maior o indicativo de distúrbios emocionais (Naglieri, McNeish & Bardos, 1991).

Khorshidi e Mohammadipour (2016) afirmam que existe uma relação profunda entre os desenhos de crianças e seus distúrbios psicológicos, e a identificação desses problemas precocemente pode impedir que eles se tornem crônicos. O estudo realizado por Matto, Naglieri e Clausen (2005) comparando crianças de classe especial com crianças de escola regulares através da análise do DFH pelo método DAP:SPED, aponta para resultados significativos, sugerindo que essa técnica pode ser útil em grandes ambientes como escolas, como uma maneira de identificar de forma rápida e não ameaçadora aquelas crianças que podem precisar de atenção clínica especializada.

Dentre os estudos realizados com o DFH, alguns deles apontam para resultados favoráveis e de validade para o instrumento (Bardos, 1993; Naglieri, 1993). Bruening, Wagner e Johnson (1997) demonstraram que o DAP:SPED é suficientemente objetivo, resistindo as diferenças individuais dos avaliadores, bem como as informações prévias obtidas sobre o sujeito avaliado. Apesar de tais resultados favoráveis ao uso do DFH, a utilização do desenho como instrumento de avaliação de problemas emocionais é também muito criticada.

Historicamente os estudos empíricos que utilizaram o DFH demonstraram propriedades psicométricas fracas, principalmente pela falta de clareza nas regras e no objetivo dos estudos propostos (Naglieri, McNeish, & Bardos, 1991). Corroborando essa ideia Anastasi e Urbina (2000) referem que apesar do DFH ser uma das técnicas mais difundidas na prática de avaliação infantil, é um teste muito questionado em relação a sua validade, levando em consideração que muitos estudos que buscam evidências de validade têm apresentado resultados contraditórios.

Kahill (1984) sugere que o problema básico com os desenhos pode estar na natureza do próprio instrumento. Na literatura, encontram-se evidências de que os indicadores emocionais não são capazes de discriminar grupo de crianças clínicas do grupo não clínico (Bartholomeu, Sisto, & Rueda, 2006; Campagna & Faiman, 2002). Os estudos com o DAP:SPED demonstram uma capacidade de discriminar sintomas de internalização, no entanto, o sistema não se mostrou adequado para discriminar as crianças com sintomas de externalização (Matto, 2002).

Bruening, Wagner e Johnson (1997) encontraram como resultados de sua pesquisa que o sistema DAP:SPED não foi válido para identificação dos dois grupos estudados, de crianças abusadas e não abusadas. Assim, esse sistema acaba também sendo questionado, pois não apresentam resultados conclusivos (Bruening, Wagner, & Johnson, 1997; Matto, 2002). As pesquisas realizadas sobre o DFH são também criticadas em função do número reduzido de participantes e pela falta de controle de variáveis importantes como inteligência e idade (Knoff, 1993). Autores referem que o DFH não apresenta evidências de validade consistentes e que não existem estudos que demonstrem que as avaliações dos desenhos feitas por profissionais capacitados e amadores se diferem (Motta, Little, & Tobin, 1993). Matto (2002) assinala ainda a falta da utilização de grupo controle ao se pesquisar sobre o DFH.

Devido a controvérsias no uso do DFH e à carência de instrumentos de triagem para avaliação de crianças de 6 a 12 anos, Oliveira (2013) realizou um estudo desenvolvendo a Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH). Esse sistema baseou-se nos indicadores emocionais de Arteché (2006) além de indicadores de desenvolvimento cognitivo, sendo a EC DFH dividida de acordo com sexo e idade, resultando em quatro escalas: meninas de 6 a 8 anos (composta por 13 itens), meninas de 9 a 12 anos (composta por 11 itens), meninos de 6 a 8 anos (composta por 20 itens) e os meninos de 9 a 12 anos (composta por 19 itens). As escalas foram construídas a partir da análise dos desenhos de crianças Clínicas e Não Clínicas em relação a problemas do comportamento avaliadas através do Child Behavior Checklist (CBCL). O autor propõe escores diferentes para os itens que apresentaram melhor capacidade de prever o desfecho clínico, o qual chamou de “itens críticos”. Essa mudança na forma de pontuação dos escores é um dos diferenciais do estudo. O estudo de Oliveira (2013) aponta que o DFH é um instrumento válido para triagem de problemas emocionais em crianças, no entanto, a escala para análise dos desenhos de meninos apresentou um poder discriminativo limítrofe. Além disso, o autor refere a importância de a escala ser testada em uma nova amostra e da realização de estudos de evidências de validade e fidedignidade.

Baseado na importância e nas exigências atuais do SATEPSI para a utilização de testes psicológicos de estudos que comprovem a validade dos mesmos e, pensando na importância do DFH como instrumento para avaliação de crianças em nosso país, a

presente pesquisa teve como objetivo verificar se a EC DFH é um instrumento útil para *screening* emocional de crianças de 6 a 12 anos.

As evidências de validade de um instrumento devem ser baseadas no conteúdo, na estrutura interna e nas relações com variáveis externas convergentes (Reppold, Gurgel, & Hutz, 2014). A validade de um instrumento é apontada por vários autores como um dos principais critérios para comprovar a qualidade de um teste, pois indica que o instrumento realmente mede o fenômeno proposto (Cunha, Neto, & Stackfleth, 2016; Primi, Muniz, & Nunes, 2009). Assim, a fim de alcançar o objetivo proposto, optou-se por primeiramente verificar a fidedignidade da escala por meio de teste de juízes. Posteriormente foi feito a busca de evidências de validade baseada nas relações com variáveis externas convergentes.

Método

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos:

CAAE: 62409216.7.0000.5336

Delineamento

O presente estudo seguiu um delineamento quantitativo, transversal de grupos contrastantes.

Fonte de Dados

Os dados deste estudo são oriundos de um banco de dados de 696 protocolos de avaliação de crianças coletados em escolas públicas e privadas, entre os anos de 2007 e 2010 e cedidos pela professora Maria Lucia Tiellet Nunes, coordenadora do Grupo de Pesquisa: Formação, Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica, para a realização da presente pesquisa. Desse banco, foram selecionados os casos que continham as informações necessárias para a presente pesquisa, sendo elas: dois desenhos da figura humana (figura masculina e figura feminina) e o CBCL/6-18 respondido e completo. Além disso, também foram excluídos os casos de desenhos da figura humana que não atenderam a consigna sobre o desenho não ser feito em forma de palito. Da amostra total foram incluídos 423 casos de crianças com idade de 6 a 12 anos, meninos (n=185) e meninas (n=238). As idades foram divididas em: 6 a 8 anos (n=251) e 9 a 12 anos (n=172). As crianças eram residentes da cidade de Porto Alegre (n=207) e interior do estado do Rio Grande do Sul (n=216). O material foi oriundo de

crianças de nível socioeconômico baixo e médio, frequentando escolas Públicas (n=279), Privadas (n=84), sendo que em 60 casos não consta essa informação.

A partir do Child Behavior Checklist (CBCL/6-18), um total de 156 (36,9%) crianças apresentaram escore ponderado > 65 na escala total de problemas de comportamento foram classificadas como clínicas e 267 (63,1%) crianças foram classificadas como não clínicas. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra.

Tabela 1: Caracterização da amostra por sexo, grupo de idade, estar em psicoterapia, tipo de escola, residência e classificação no CBCL 6/18

	Clínico – Prob. Total do Comportamento n=156		Não clínico – Prob. Total do Comportamento n=267		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	88	56,4	150	56,2	.002	1.000
Masculino	68	43,6	117	43,8		
Idade						
6-8 anos	102	65,4	149	55,8	3.745	.053*
9-12 anos	54	34,6	118	44,2		
Psicoterapia						
Sim	56	43,4	84	28,6	15,475	<.001*
Não	73	56,6	210	71,4		
Escola						
Pública	116	74,4	163	61,0	19,200	<.001*
Privada	13	8,3	71	26,6		
Não consta	27	17,3	33	12,4		
Residência						
Interior	68	43,6	148	55,4	5,525	.021*
Capital	88	56,4	119	44,6		
Problemas Internalizantes						
Clínico	122	78,2	40	15,0	166,565	<.001*
Não Clínico	34	21,8	227	85,0		
Problemas Externalizantes						
Clínico	109	69,9	20	7,5	180,778	<.001*
Não Clínico	47	30,1	247	92,5		

* $p < .05$

Observou-se que houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis: idade, estar em psicoterapia, tipo de escola, residência, problemas internalizantes e problemas externalizantes. Na variável sexo não foram observadas diferenças significativas entre os grupos clínico e não clínico (p 's >.05).

Instrumentos

Ficha de Informação sobre a Criança: Questionário breve, composto por perguntas fechadas, as quais visam obter informações sobre a criança, como: idade, sexo, escolaridade, composição familiar. Além disso, informações sobre tratamentos/acompanhamento realizados, perdas familiares, características físicas (audição, visão), dificuldades de atenção, dificuldades de comportamento, controle esfinteriano, sono, entre outros.

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH): Nesse estudo foram utilizados os protocolos de DFH, os quais foram aplicados conforme proposto conforme o Manual de Apuração da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) (Anexo 2). Nesse manual o avaliador deve pontuar “P” quando o item aparecer como positivo e “N” quando for negativo. Cada item apresenta um escore que pode variar de 1 a 3 pontos, ou seja, o avaliador informa se o item é positivo ou negativo e essa informação é convertida em pontos referentes aquele item avaliado. No final, são somados esses pontos e dado o escore total. O manual apresenta itens e pontuações diferentes para serem avaliados conforme a faixa etária e sexo, sendo composto por quatro variações (meninas 6-8 anos; meninas 9-12 anos; meninos 6-8 anos e meninos 9-12 anos) (Oliveira, 2013).

Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre seis e 18 anos, versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL – Achenbach & Escorla, 2001): O CBCL/6-18 é um instrumento de 138 itens respondido pelos pais e/ou responsáveis, os quais avaliam aspectos sociais e comportamentais de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Desse total, 20 itens são destinados à avaliação da competência social da criança e 118 relativos à avaliação de seus problemas de comportamento, somando um total de 11 escalas. Dentre essas escalas, três referem-se à competência social, relativas a problemas no desempenho de atividades e nos aspectos relacionados à sociabilidade e à escolaridade. As outras oito escalas irão compor a Escala Total de Problemas de Comportamento que se subdivide em Escala de Problemas Internalizantes e Escala de Problemas Externalizantes. Em todas as escalas do CBCL, a criança é classificada como Clínica (escores >65), Limítrofe (escores entre 60 e 65) ou Não-Clínica (escores <60). A validação do CBCL/6-18 no Brasil foi realizada por Bordin, Mari e Caeiro (1995).

Procedimentos

Procedimento de Coleta dos Dados

Os dados são oriundos de um banco de dados cedidos para a presente pesquisa. Esses dados foram coletados em 13 escolas e dois centros de avaliação psicológica. Cada criança foi avaliada individualmente após a autorização e preenchimento dos pais/responsáveis do TCLE, Ficha de informação sobre a criança e do CBCL/6-18.

Plano de Análise dos Dados e Análises Preliminares

Os desenhos foram analisados por três juízas treinadas pela equipe que desenvolveu a EC DFH. Após a etapa de treinamento, a juíza 1 (pesquisadora responsável) avaliou todos os desenhos. Para análise da concordância entre juízes, 98 desenhos (divididos entre as duas juízas auxiliares) foram corrigidos individualmente e comparados ao levantamento da juíza 1. Para verificar a fidedignidade foi utilizado a análise entre juízes para cada um dos itens da escala, utilizando o Kappa sendo considerada uma alta concordância Kappa $>.60$ e concordância moderada Kappa $>.40$ (Landis & Koch, 1977).

O Teste *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição das variáveis na amostra. Todas as variáveis contínuas atenderam aos critérios de normalidade. Verificou-se através da análise descritiva o desempenho das crianças no CBCL/6-18. A fim de atingir os objetivos do estudo, inicialmente foi investigado o efeito das variáveis demográficas nos escores totais da EC através de análises inferenciais e comparação de médias através de Análise de Variância (ANOVA). Essa análise foi feita para identificar se alguma variável deveria ser controlada. A seguir, a fim de verificar a validade da escala, foi realizada a Análise de Variância tendo como variável dependente o escore total do desenho e variável independente a condição de clínica versus não clínica da criança conforme as escalas do CBCL/6-18. Os resultados dos escores totais do DFH também foram correlacionados com os escores ponderados das subescalas do CBCL/6-18 através de Correlação de Pearson. Além disso, uma vez que o CBCL/6-18 é um instrumento respondido pelos pais/responsáveis, foram também realizadas análises considerando a variável objetiva “criança estar em atendimento psicoterápico ou não”. Os dados foram transportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Resultados

Análise da Fidedignidade

A análise demonstrou que a maioria dos itens apresentou alta concordância entre os juízes ($Kappa >.60$), exceto os itens ênfase na face, problemas no tronco, dedos juntos e ênfase nos pés, cuja concordância foi moderada ($Kappa >.40$). Os itens transparência, garras e omissão dos pés apresentaram 100% de concordância.

Análise descritiva do CBCL/6-18

Em relação a avaliação do CBCL/6-18, inicialmente foi verificado o desempenho das crianças. Na escala de problemas totais do comportamento, a média geral dos escores ponderados foi de 56 pontos ($dp=10,10$; mínimo= 4, máximo=87), sendo que, apenas uma criança ficou com o escore >75 . Quanto aos problemas internalizantes, a média foi de 56 pontos ponderados ($dp=9,8$; mínimo= 33, máximo=85), sendo que apenas quatro crianças ficaram com o escore >75 . Na dimensão problemas externalizantes, a média foi de 55 pontos ponderados ($dp=9,5$; mínimo=33, máximo=85), sendo que apenas quatro crianças ficaram com o escore >75 .

Análises Descritivas e Efeito de Variáveis Demográficas na EC DFH

Foi realizada uma análise descritiva dos escores da EC DFH, verificando a média de pontuação feita em cada uma das escalas (meninas 6-8, meninas 9-12, meninos 6-8, meninos 9-12). Verificou-se que as médias variaram entre 2 a 9 pontos, sendo que na escala das meninas de 6 a 8 anos a média foi de 6,5 pontos ($dp=2,73$), na escala dos meninos de 6 a 8 anos a média foi de 8,9 pontos ($dp=3,32$), na escala das meninas de 9 a 12 anos a média foi de 2,3 pontos ($dp=2,18$) e na dos meninos de 9 a 12 anos a média foi de 9,4 pontos ($dp=3,12$).

A seguir, foi investigado o efeito das variáveis demográficas: tipo de escola, cidade de origem e estar em psicoterapia, nos escores da EC DFH. A Tabela 2 apresenta as médias e desvios-padrão e os resultados das ANOVAS.

Tabela 2: Médias EC DFH de acordo com o tipo de escola e cidade de origem.

	EC DFH F6-8				EC DFH F9-12				EC DFH M6-8				EC DFH M9-12			
	n	m(dp)	p	d	n	m(dp)	p	d	n	m(dp)	p	d	N	m(dp)	p	d
Escola																
Pública	108	6,83(2,77)	.054*	.424	58	2,22(2,09)	.376	.24	78	9,17(3,29)	.120	.439	35	9,20 (3,22)	.372	.165
Privada	26	5,65(2,79)			17	2,77(2,53)			17	7,82(2,85)			24			
Cidade																
P.Alegre	75	6,76(2,70)	.381	.143	51	1,96(1,99)	.110	.34	52	8,86(3,31)	.699	.078	29	8,86(3,18)	.266	.255
Interior	76	6,37(2,76)			36	2,72(2,40)			48	9,12(3,36)			56	9,66(3,08)		

Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino, m=média, dp= desvio padrão. * $p < .05$.

Os dados da tabela 2, indicam que as médias das meninas de 6 a 8 anos (EC DFH F 6-8) não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação a cidade de origem. No entanto, o tipo de escola mostrou diferenças consideradas significativa, com tamanho de efeito moderado, meninas de escola pública apresentaram médias mais altas comparada as de escolas privadas. Às meninas de 9 a 12 anos (EC DFH F 9-12) as médias não se diferenciam em relação ao tipo de escola e cidade de origem.

No grupo dos meninos de 6 a 8 anos (EC DFH M 6-8) as médias não se diferem em nenhuma das variáveis demográficas: tipo de escola e a cidade de origem. Assim como também nos meninos de 9 a 12 anos (EC DFH M 9-12) não há diferenças significativas entre as médias das escolas e cidade de origem.

Análises da EC DFH comparando as classificações do CBCL/6-18

Com o propósito de verificar a validade das escalas para identificação de problemas emocionais em crianças, foi feita a comparação da mesma com uma variável externa, o CBCL/6-18. Os resultados serão apresentados divididos por cada subescala da EC DFH e para cada classificação no CBCL/6-18, a saber: Escala Total de Problemas de Comportamento, Escala de Problemas Internalizantes e de Problemas Externalizantes. Considerando o efeito significativo do Tipo de Escola na EC DFH F 6-8 tal variável foi incluída como covariável nas análises desta subescala. A Tabela 3 apresenta as médias na EC DFH conforme a classificação de grupo Clínico e Não Clínico no CBCL 6/18.

Tabela 3: Médias na EC DFH de acordo com a classificação de grupo clínico e não clínico no CBCL/6-18

	Clínico		Não clínico		P	D
	n	m(dp)	n	m(dp)		
EC DFH F 6-8						
Total Comp.	62	6,7(2,8)	89	6,5(2,7)	.925	.007
Prob. Internalizantes	57	6,1(2,7)	94	6,8(2,7)	.094**	.259
Prob. Externalizantes	48	6,5(3,0)	103	6,6(2,6)	.826	.036
EC DFH F 9-12						
Total Comp.	26	2,4(2,3)	61	2,3(2,2)	.930	.044
Prob. Internalizantes	32	1,7(1,8)	55	2,6(2,3)	.055*	.436
Prob. Externalizantes	26	2,1(2,1)	61	2,3(2,2)	.658	.092
EC DFH M 6-8						
Total Comp.	40	9,4(3,4)	60	8,7(3,2)	.347	.212
Prob. Internalizantes	43	9,2(3,6)	57	8,8(3,1)	.490	.119
Prob. Externalizantes	31	9,8(3,4)	69	8,6(3,2)	.087**	.363
EC DFH M 9-12						
Total Comp.	28	9,0(3,3)	57	9,6(3,0)	.383	.190
Prob. Internalizantes	30	8,7(3,4)	55	9,7(3,0)	.228	.312
Prob. Externalizantes	24	9,3(2,9)	61	9,4(3,2)	.859	.032

Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino, dp=desvio padrão. * $p < .05$; ** $p < .1$

Em relação às médias da EC DFH F 6-8 não foram observadas diferenças significativas entre crianças classificadas como clínicas e crianças classificadas como não clínicas quanto aos problemas totais do comportamento e quanto aos problemas externalizantes. Foi observado um resultado marginalmente significativo em relação aos problemas internalizantes, com tamanho de efeito moderado, sendo que crianças classificadas como clínicas apresentaram médias mais baixas na EC DFH do que crianças classificadas como não clínicas.

Um padrão similar foi observado na EC DFH F 9-12 sendo que não foram observadas diferenças significativas entre as médias de crianças classificadas como clínicas e não clínicas quanto aos problemas totais do comportamento, assim como, quanto aos problemas externalizantes. No entanto, para os problemas internalizantes as médias grupo clínico foram significativamente menores que as médias no grupo não clínico, com tamanho de efeito moderado.

Na EC DFH M 6-8 não foram observadas diferenças significativas entre crianças clínicas e não clínicas conforme a escala de problemas totais do comportamento, nem conforme a escala de problemas internalizantes. Crianças clínicas em problemas

externalizantes apresentaram médias marginalmente significativamente superiores às crianças não clínicas, com tamanho de efeito moderado.

Na EC DFH M 9-12 as médias não apresentaram diferenças significativas para os problemas totais do comportamento problemas internalizantes e também para os problemas externalizantes.

Além disso, também foi realizada uma *Correlação de Pearson* para verificar se havia relação linear entre a os escores das escalas da EC DFH com os escores das escalas do CBCL/6-18. A Tabela 7 apresenta os resultados da correlação, conforme as quatro subescalas propostas pela EC DFH. Observa-se que nenhuma das quatro escadas da EC DFH apresentou correlação significativa com as escalas do CBCL/6-18.

Tabela 4: Correlação entre os escores da escala do DFH com os escores ponderados das escalas do CBCL/6-18

	Prob. Internalizantes		Prob. Externalizante		Prob. Totais do Comportamento	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>P</i>
EC DFH F 6-8	-,103	,208	-,003	,968	-,012	,885
EC DFH F 9-12	-,128	,238	-,046	,642	-,071	,516
EC DFH M 6-8	-,011	,915	,066	,515	,086	,396
EC DFH M 9-12	-,065	,552	-,024	,826	-,039	,725

Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino

Análises da EC DFH comparando o fato da criança estar ou não em psicoterapia

Para verificar se havia alguma interferência no fato do CBCL/6-18 ser respondido pelos pais/responsáveis e ser um dado oriundo de uma fonte que não a mesma que a EC DFH, optou-se em fazer as análises considerando a divisão dos grupos com o fato da criança estar em psicoterapia e não estar em psicoterapia. Nesta análise o tipo de escola e a cidade de origem foram incluídos como covariáveis. A Tabela 5 apresenta as médias na EC DFH para as crianças que realizam e não realizam atendimento psicoterápico.

Tabela 5: Médias na ECDFH de acordo com o fato da criança estar em psicoterapia ou não

	Psicoterapia		Sem Psicoterapia		P	d
	n	m(dp)	n	m(dp)		
EC DFH F 6-8	41	6,5(2,6)	110	6,6(2,8)	.905	.037
EC DFH F 9-12	34	2,1(2,5)	53	2,3(2,0)	.840	.088
EC DFH M 6-8	18	9,6(3,9)	82	8,8(3,2)	.764	.224
EC DFH M 9-12	47	9,1(3,4)	38	9,8(2,7)	.322	.228

Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino, m= média, dp= desvio padrão.

Assim como na comparação anterior, verifica-se que nesta divisão de grupos a EC DFH não foi sensível para diferenciar os grupos das meninas de 6 a 8 anos e de 9 a 12 anos que estavam ou não em psicoterapia. Esse mesmo resultado aparece na EC DFH dos meninos de 6 a 8 anos e nos 9 a 12 anos.

Discussão

A literatura aponta para a ampla utilização do DFH como instrumento de avaliação para crianças e, em contrapartida, existe uma carência de estudos atuais que forneçam evidência de validade para o mesmo (Nunes, Teixeira, Feil, & Paniagua, 2012; Garb, Wood, Lilienfeld, & Nezworski, 2002). Atualmente, o DFH é válido em duas versões para avaliação cognitiva (Weschler, 2003 e Sisto 2005), no entanto, nenhum estudo apresentou a validade desse instrumento como útil para triagem emocional de crianças. Visando suprir esta lacuna, o objetivo desta pesquisa foi verificar as evidências de validade e fidedignidade da EC DFH proposta por Oliveira (2013).

A análise da fidedignidade da escala, a qual foi avaliada através da pontuação feita por três juízas separadamente, apresentou resultados satisfatórios. Esse achado vai ao encontro do estudo realizado por Gottsfritz e Alves (2010) que afirmam que é possível encontrar um grau adequado de concordância entre avaliadores às cegas na avaliação do DFH. Achados semelhantes foram apontados por Ferreira (2011) com níveis de concordância entre os avaliadores que variaram entre Substancial e Quase Perfeitas.

Os resultados dos escores ponderados no CBCL/6-18 demonstram que a amostra avaliada apresentou um desempenho predominantemente abaixo do ponto de corte para ser considerado clínico, ou seja, com problemas no comportamento. O fato de poucas

crianças terem tido um escore ponderado maior que 75 pontos, significa que as crianças avaliadas apresentam poucos sintomas, não sendo consideradas na sua maioria graves em relação aos problemas de comportamento avaliado pelo instrumento.

A frequência dos itens pontuados pelas crianças em cada uma das escalas do DFH é na sua maioria menor do que 20%. Esse dado nos faz pensar que as crianças da amostra apresentam um perfil de problemas comportamentais relativamente baixos e, possivelmente, devido a isso possam ter também feito poucos itens na escala.

Em relação às médias, neste estudo os escores da EC DFH F 6-8 variaram de 6,5 a 6,6 para ambos os grupos (clínico e não clínico; psicoterapia e sem psicoterapia), essa diferença nos mostra pouca variação no desempenho entre os grupos: com problemas emocionais e sem problemas emocionais. No estudo de Oliveira (2013) o grupo clínico apresentou média de 8,9 pontos e o grupo não clínico 5,0 pontos. Esse achado pode ter ocorrido pelo fato das crianças clínicas terem tido uma pontuação também considerada baixa no CBCL/6-18, ou seja, as crianças clínicas possivelmente não se diferenciam tanto das crianças não clínicas para os problemas do comportamento.

Em relação ao efeito de variáveis demográficas na EC, um dado importante é o fato de que a variável tipo de escola apresentou diferenças significativas para as meninas de 6 a 8 anos. As meninas de escolas públicas apresentaram médias mais altas, ou seja, pontuaram mais na escala, possivelmente questões sociais possam ter tido influência nesse desempenho. Esse dado nos faz pensar que na criação da EC DFH não foi analisado o tipo de escola que a criança frequentava e que deve ser melhor investigado, pois apresenta-se relevante nessa faixa etária.

A fim de verificar as Evidências de Validade da EC DFH, optou-se pela comparação dos resultados dessa escala com outro instrumento, o CBCL/6-18. A validade de um instrumento é definida a partir de diferentes evidências e da teoria que sustentam as interpretações dos escores dos testes. De acordo com o *Standards for educational and Psychological Testing*, uma fonte de evidência de validade é aquela baseada na relação com outras variáveis, as quais buscam verificar o quanto o teste tem acurácia ao predizer determinado resultado (critério). As evidências baseadas nas relações com outras variáveis fornecem informações sobre o grau em que essas relações são consistentes com o construto investigado (American Educational Research

Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 2014).

Os resultados dessa análise demonstraram que a EC DFH F 6-8 anos não apresentou adequada capacidade de discriminar o grupo clínico e não clínico pelo CBCL/6-18, para os problemas totais do comportamento e para os problemas externalizantes, assim como do grupo em psicoterapia e sem psicoterapia. Além disso, verifica-se que, para os problemas internalizantes, o resultado apresenta-se dentro da margem significativa, porém na direção oposta, o grupo não clínico teve escores mais altos na escala do que o grupo clínico.

A EC DFH F 9-12 no estudo realizado por Oliveira (2013) apresentou adequados indicadores de sensibilidade e especificidade, demonstrando ser um instrumento com satisfatória acurácia diagnóstica. No entanto, no presente estudo, verifica-se que não houve diferença significativa para os problemas totais do comportamento, para problemas externalizantes, assim como para o fato de estar em psicoterapia ou não. Porém, para os problemas internalizantes apresentam diferenças estatísticas, mas as médias aparecem mais altas no grupo não clínico, ou seja, um resultado oposto ao esperado, levando em consideração que na EC DFH quanto maior o número de pontos maior seriam as dificuldades emocionais apresentadas. As médias apresentadas frente à EC DFH F 9-12 demonstram que não há diferença em relação ao grupo clínico e não clínico ambos tendo 2,3 pontos e entre o grupo de psicoterapia 2,1 e o sem psicoterapia 2,0. Diferenças essas muito próximas se comparadas aos achados de Oliveira (2013), onde o grupo clínico teve 2,8 pontos e o grupo não clínico 2,0 pontos.

Nos meninos de 6 a 8 anos a EC DFH não apresentou resultados significativos para os problemas totais do comportamento, problemas internalizantes e pelo fato de estar em psicoterapia ou não. Mas para os problemas externalizantes a diferença aparece como marginalmente significativa. Esse dado vai ao encontro dos achados de Oliveira (2013), em que refere que a EC DFH M 6-8 correlaciona-se positivamente com o comportamento agressivo (item presente na Escala dos Problemas Externalizantes). Nessa escala, as médias do grupo clínico e em psicoterapia ficaram mais altas (9,4 e 9,6) se comparadas ao grupo não clínico e sem psicoterapia (8,7 e 8,8), no entanto, novamente se diferem dos achados de Oliveira (2013) que encontrou uma diferença maior onde o grupo clínico apresentou uma média de 10,7 pontos e o grupo não clínico uma média de 6,3 pontos.

Por fim, a EC DFH M 9-12 não apresenta diferença significativa para nenhuma das escalas do CBCL/6-18 e também para o fato da criança estar em psicoterapia ou não. Novamente, esse resultado difere do encontrado por Oliveira (2013), o qual havia encontrado diferenças significativas para diferenciar o grupo clínico do não clínico. As médias encontradas nessa escala, em ambos os grupos não clínico e sem psicoterapia foram mais altas (9,8 e 9,6) se comparadas aos grupos com dificuldades emocionais: clínico e em psicoterapia (9,1 e 8,9), resultado esse oposto ao esperado e encontrado por Oliveira (2013) onde as médias do grupo clínico foram 8,0 pontos e do grupo não clínico 4,3 pontos.

Esses achados nos levam a pensar que independente do critério usado para a diferenciação dos grupos de crianças (problemas internalizantes ou totais do comportamento e estar em psicoterapia ou não) a EC DFH não se mostrou sensível para poder discriminá-los. As médias encontradas em todas as quatro subescalas da EC DFH se assemelham muito entre as crianças clínicas das crianças não clínicas. Somando a isso, verifica-se uma frequência muito baixa de presença da maioria dos itens na amostra avaliada.

Diferentes hipóteses podem ser levantadas em relação aos resultados encontrados. A primeira hipótese diz respeito à característica da amostra clínica utilizada na presente pesquisa. Apenas uma criança teve pontuação elevada no CBCL/6-18, ou seja, > 85 pontos. A baixa média das crianças no CBCL/6-18 significa que a amostra foi composta de um grupo de crianças com menor gravidade quanto aos sintomas, e é possível que não sendo tão graves, pontuaram com menos frequência os itens da EC DFH.

A segunda hipótese é de que os desenhos possam não refletir os sintomas apresentados pela criança. Alguns estudos reforçam, essa ideia, como o realizado por Dykens (1996), o qual já havia comparado o DFH com o CBCL/6-18 e também não havia encontrado relação significativa entre esses dois instrumentos. O autor refere que o DFH seria meramente avaliativo para características de desenvolvimento viso-motor da criança. Comparini (2016), comparando o DFH emocional com o YSR, versão das Escalas Achenbach respondida pela própria criança. Aponta em seus resultados que não há relações significativas em comparação do DFH com os resultados do YSR.

Com isso, é necessário um maior cuidado também aos psicólogos com a prática de olhar os desenhos e ao fazer interpretações e/ou diagnósticos baseando-se somente

nesse instrumento. Motta, Little e Tobin (1993) referem que o desenho nunca pode ser uma medida analisada isoladamente, mas que o mesmo pode ser útil quando utilizado junto com os resultados de outros instrumentos.

Reforça-se ainda que os motivos para uma criança estar em psicoterapia são diversos. Merg (2008) aponta em seu estudo que a maior procura para atendimento psicológico ocorre entre meninos de 7 a 9 anos relacionado a problemas de Comportamento Agressivo, Ansiedade/Depressão, Problemas de Atenção, Problemas de Aprendizagem e Problemas de Relacionamento. No entanto, esses sintomas são expressos de maneiras diferentes por cada criança. Partindo disso, levanta-se a hipótese de que, ao se analisar o DFH agrupando os sintomas conforme o proposto pelo CBCL/6-18 em problemas totais do comportamento, problemas internalizantes e externalizantes, o DFH não estaria deixando de ser sensível, pois assim como a diversidade de manifestação dos sintomas ocorrem no comportamento, o mesmo poderia ocorrer nos desenhos. Essa análise de acordo com a sintomatologia não foi possível, pois por se tratar de um banco de dados essas informações não estavam presentes. Sugere-se com isso, uma análise dos indicadores do DFH baseado na sintomatologia apresentada pela criança, a fim de verificar se o mesmo é capaz de fazer uma discriminação mais sintomatológica.

Considerações finais

O presente estudo se propôs a investigar as Evidências de Validade e Fidedignidade da EC DFH como instrumento de triagem para detecção de problemas psicológicos em crianças de 6 a 12 anos. Os achados demonstram que a escala, de forma geral não se mostra sensível para diferenciar o grupo de crianças com problemas de comportamento e/ou dificuldades emocionais das crianças sem essas características. Apenas a escala dos meninos de 6 a 8 anos apresenta uma tendência a diferenciar o grupo clínico do não clínico para os problemas externalizantes.

Outros estudos devem ser realizados para compreender melhor esses achados e a sua grande diferença do que foi encontrado na criação da escala proposta por Oliveira (2013). Do ponto de vista da amostra foram observadas influências da variável tipo de escola que mostrou-se significativa na diferença das médias para as meninas de 6 a 8 anos. Esses dados apontam a necessidade de que sejam realizados novos estudos para

verificar a interferência dos mesmos na criação da EC DFH, tendo em vista que esse dado não havia sido analisado.

Sugere-se que novos estudos sejam feitos a fim de verificar os indicadores no DFH e sua relação com a sintomatologia apresentada pela criança. Entende-se que essa diferença aqui encontrada pode ter relação com o fato de terem sido utilizadas categorias amplas, as quais abarcam grupos de sintomas, sendo importante verificá-los de forma individual.

O presente estudo apresenta como limitações: o fato de ter sido realizado com um banco de dados, devido ao fato de que algumas informações estavam faltantes, como as demais classificações do CBCL/6-18 e a utilização do próprio CBCL/6-18, instrumento respondido pelos pais/responsáveis, e não ter sido feita a comparação da EC DFH com outro instrumento respondido pela própria criança. Além disso, a amostra clínica apresenta uma pontuação relativamente baixa no seu desempenho do CBCL/6-18, o que pode significar que as crianças clínicas apresentassem pouca sintomatologia. Devido a isso, sugere-se que novos estudos possam utilizar a EC DFH e compará-la com algum instrumento respondido também pela própria criança e que possam ser testadas em amostras com uma maior variação em termos de gravidade dos sintomas.

Referências

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association: Washington DC.
- Anastasi, A., & Urbina, T. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Arteche, A. X. (2006). *Indicadores emocionais do desenho da figura humana: construção e validação de uma escala infantil. Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia. Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Arteche, A. X. & Bandeira, D. R. (2006). O desenho da figura humana: Revisando mais de um século de controvérsias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(março), 133–155. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/html/4596/459645449008/index.html>

- Bardos, A. N. (1993). Human figure drawings: Abusing the abused. *School Psychology Quarterly*, 8(3), 177-181. DOI: 10.1037/h0088268
- Bartholomeu, D., Sisto, F. F., & Rueda, M. (2006). Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. *Psicologia Em Estudo*, 11(1), 139–146. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a16>
- Bauermann, M. (2013). A associação do desenho da figura humana com personalidade e problemas de comportamento em crianças. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Bordin, I. A.S, Mari, J.J. & Caeiro, M.F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2):55-66.
- Bruening, C., Wagner, W., & Johnson, J. (1997). Impact of rater knowledge on sexually abused and nonabused girls' scores on the Draw-a-Person: Screening procedure for emotional disturbance (DAP:SPED). *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 665-677. DOI: 10.1207/s15327752jpa6803_12
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa, técnica projetiva do desenho: Manual e guia de interpretação*. (Vetor, Ed.). São Paulo.
- Campaigna, V., & Faiman, C. (2002). O Desenho da Figura Humana no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, III(116), 87–104.
- Cunha, C. M., Neto, O. P. de A., & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde*, 14, 75–83. DOI: 10.13037/rbcs.vol14n47.3391.
- Comparini, I. P. (2016). Indicadores emocionais no desenho e dificuldades comportamentais em crianças. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação de Ciências da Vida - PUC-Campinas. São Paulo, Brasil.
- Dykens, E. (1996). The Draw-a-Person task in persons with mental retardation: What does it measure? *Research in Developmental Disabilities*, 17(1), 1-13. DOI: 10.1016/0891-4222(95)00032-1
- Ferreira, G. V. (2011). Teste Projetivo do Desenho da Figura Humana: Estudo de Fidedignidade entre Juízes. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

- Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Effective Use of Projective Techniques in Clinical Practice: Let the Data Help With Selection and Interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(5), 454–463. DOI: 10.1037//0735-7028.33.5.454.
- Gottsfritz, M. O. & Alves, I., C. B. (2010). Confiabilidade na interpretação às cegas do desenho da figura humana. *Mudanças – Psicologia da saúde*, 18, 58–68. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v18n1-2p58-68
- Kahill, S. (1984). Human figure drawing in adults: An update of the empirical evidence, 1967-1982. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 25(4), 269–292. DOI: 10.1037/h0080846.
- Khorshidi, S. Z. M. & Mohammadipour, M. (2016). Children' s Drawing: a Way to Discover Their Psychological Disorders and Problems. *Int J Ment Health Addiction*, 14, 31–36. DOI: 10.1007/s11469-015-9607-5.
- Knoff, H. M. (1993). The Utility of Human Figure Drawings in Personality and Intellectual Assessment: Why Ask Why? *School Psychology Quarterly*, 8(3), 191–196. DOI: 10.1037/h0088272
- Koppitz, E. M. (1984). *El dibujo de la Figura Humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 3(1), 159-174.
- Machover, K. (1949). *Proyeccion de la Personalidade en el Dibujo de la Figura Humana: um metodo de investigacion de la personalidad*. La Habana: Cultural, S.A.
- Matto, H. C., Naglieri, J. A., & Clausen, C. (2005). Validity of the Draw-A-Person : Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP:SPED) in Strengths-Based Assessment. *Research on Social Work Practice*, 15(1), 41–46. DOI: 10.1177/1049731504269553.
- Matto, H. C. (2002). Investigating the Validity of the Draw-A-Person : Screening Procedure for Emotional Disturbance: A Measurement Validation Study With High-Risk Youth. *Psychol Assess*, 14(2), 221–225. DOI: 10.1037//1040-3590.14.2.221.

- Merg, M. M. G. (2008). Características da clientela infantil em clínicas escola. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Motta, R. W., Little, S. G., & Tobin, M. I. (1993). The use and abuse of human figure drawings. *School Psychology Quarterly*, 8(3), 162–169. DOI: 10.1037/h0088273.
- Naglieri, J.; McNeish, T. & Bardos, A. (1991). *DAP:SPEED - Draw a Person: Screening procedure for emotional disturbance*. Autin, Texas: Pro.Ed.
- Naglieri, J. A. (1993). Human Figure Drawings in Perspective. *School Psychology Quarterly*, 8(3), 170–176. DOI: 10.1037/h0088275
- Nunes, M. L. T., Teixeira, R. P., Feil, C. F., & Paniagua, R. M. (2012). O desenho da figura humana: uma perspectiva histórica. In *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 15–32).
- Oliveira, S. E. S. de. (2013). Construção de escalas clínicas do Desenho da Figura Humana para crianças de 6 a 12 anos: Normas e Evidências de Validade. *Monografia do Curso de Especialização*. Instituto de Psicologia. Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, K, S. & Weschler, S. M. (2016). Indicadores de Criatividade no Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36 (1), 6-19. DOI: 10.1590/1982-3703001682014.
- Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: C. S. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2014). O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 307–310. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a18.pdf>
- Segabinazi, J. D., & Bandeira, D. R. (2012). Desenho da figura humana para avaliação emocional de crianças: evidencias de validade de escalas globais. In S. M. Wechsler, & T. C. Nakano (Org.) *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 149-176). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Sisto, F. F. (2005). *Desenho da figura humana: Escala sisto*. (Vetor, Ed.). São Paulo.
- Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.

Wechsler, S. M. (2012). O desenho da figura humana: medida cognitiva, emocional ou criativa? In S. M. Wechsler, & T. C. Nakano (Org.) *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 33-64). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

2.2 SEÇÃO EMPÍRICA II: Indicadores da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana e problemas de comportamento

Resumo

O Desenho da Figura Humana tem sido utilizado para avaliação de diferentes problemáticas em crianças. Esse estudo teve como objetivo verificar se a Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) é sensível para identificar sintomas emocionais/comportamentais em criança. Foram analisados desenhos de 273 meninos e meninas, de 6 a 12 anos e comparados os resultados na EC DFH com os sintomas identificados nos questionários de avaliação do comportamento (CBCL/6-18 e o SDQ). Os resultados apontaram que a EC DFH demonstrou adequada capacidade apenas em identificar hiperatividade em meninas de 6 a 8 anos, problemas de comportamento, problemas sociais e de hiperatividade em meninos de 6 a 8 anos. Esse resultado, de modo geral, indica que o instrumento tem capacidade limitada de identificar problemas emocionais/comportamentais em crianças. Sugere-se que novos estudos, em amostras maiores, possam ser realizados para a confirmação dos dados.

Palavras-chaves: Desenho da Figura Humana; Sintomatologia; Crianças

Abstract

Draw-a-Person Test (DAP) has been used to evaluate different problems in children. This study aimed to verify whether the Clinical Scale of the Draw-a-Person Test (CS DAP) is sensitive to identify different emotional/behavioral symptoms in children. In order to that, 273 children were analyzed, boys and girls, from 6 to 12 years old, and compared the results in CS DPT with the symptoms identified in the behavior assessment questionnaires (CBCL/6-18 e o SDQ). The results showed that CS DAP exhibited adequate ability to differentiate children with hyperactivity problems in girls aged 6 to 8 years, behavioral problems, social problems and hyperactivity in boys aged 6 to 8 years. This result, in general, indicates that the instrument has limited ability to identify emotional/behavioral problems in children. It is suggested that further studies, in larger samples, should be performed to confirm the data.

Keywords: Draw-a-Person Test; Symptoms; Children

Introdução

O Desenho da Figura Humana (DFH) tem sido utilizado para avaliação de diferentes problemáticas, como: avaliação da *agressividade infantil* (Borsa e Bauermann, 2013, Mansur, Alves, Nakano & Ciasca, 2015); *problemas de conduta* (Feyl & Holms, 1994); *dificuldades de aprendizagem* (Bartholomeu, Sisto & Rueda, 2006); *avaliação da ansiedade* (Bandeira, Loguercio, Caumo & Ferreira, 1998, Batista, Sisto & Oliveira, 2014); *diagnóstico de TDAH* (Dutta & Sanyal, 2016), *deficiência física* (Silva & Herberg, 2017); *avaliação de vítimas de violência doméstica* (Tardivo, 2017); *na avaliação de abuso sexual* (Albornoz, 2011, Beraldo, Capitão & Oliveira, 2006, Aldridge, Lamb, Sternberg, Orbach, Esplin & Bowler, 2004), além de ser utilizado como instrumento de triagem para identificar problemas emocionais em crianças (Comparini, Weschler, & Machado, 2017; Arteché, 2006; Matto, 2002; Matto, Naglieri, & Clausen, 2005; Oliveira, 2013; Porteous, 1996). De acordo com Zucker (1948, apud Buck, 2003), os desenhos são os primeiros indicadores clínicos a mostrar sinais de psicopatologia e os últimos a perder os sinais de doença, sendo um instrumento muito sensível a tendências psicopatológicas.

As pesquisas realizadas com o DFH para avaliação dos aspectos emocionais têm como objetivo buscar itens que discriminem crianças com dificuldades psicológicas das sem essas dificuldades, baseando-se em dados empíricos e não pela interpretação dos significados dos itens (Arteché & Bandeira, 2006). Dentre os estudos com esse objetivo de avaliação, encontra-se as pesquisas realizadas com os indicadores emocionais de Koppitz (1984). A autora, baseando-se em estudos realizados anteriormente por Goodenough e Machover, construiu uma lista de indicadores padronizados para avaliação emocional.

Além desse sistema, o Sistema de Escore Quantitativo (DAP:SPED) também é utilizado para avaliação emocional (Naglieri, McNeish & Bardos, 1991). Esse método é baseado na análise de escalas, formadas a partir do somatório de indicadores específicos do DFH. Os estudos de validação do DAP:SPED mostram resultados promissores do uso do DFH, demonstrando a capacidade preditiva desse instrumento para avaliação emocional e de distúrbios comportamentais, no entanto, o autor refere à necessidade de aprimorar a compreensão dos pesquisadores sobre a sintomatologia comportamental específica (internalização e externalização) e as medidas do DFH (Matto, 2002).

Embora seja uma técnica muito difundida e utilizada entre os profissionais, alguns autores questionam e apontam limitações encontradas em avaliações realizadas através do DFH. A própria autora, Koppitz (1984), em estudo o qual buscou identificar itens que discriminassem os grupos de crianças com diferentes psicopatologias: crianças tímidas e crianças agressivas, crianças com doenças psicossomáticas e crianças que roubam, encontrou resultados os quais não foi possível identificar itens exclusivos de cada psicopatologia.

Outros autores também não encontraram resultados significativos na diferenciação de grupos de crianças com problemas de aprendizagem e leitura na pesquisa realizada com 141 crianças Americanas em idade pré-escolar (Szasz, Baade & Paskewics, 1980). Assim como para identificar problemas emocionais em crianças e adolescentes, no estudo realizado por Hutz e Antoniazzi (1995) com 1856 alunos de escolas públicas de Porto Alegre, com idades entre 5 e 15 anos. (Hutz & Antoniazzi, 1995). Yama (1990) analisando os indicadores emocionais de Koppitz apontou que o DFH foi sensível para identificação somente de problemas internalizantes. No entanto, Tharinger e Stark (1990) também utilizando os indicadores emocionais de Koppitz, avaliando 52 crianças com transtorno de humor e ansiedade não encontraram resultados que pudessem diferenciar o grupo clínico do grupo controle.

De acordo com Matto (2002), as pontuações frente ao DFH na avaliação DAP:SPED são mais eficazes para identificar características internalizantes (ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas) do que para as externalizantes (quebra regras e agressividade). No entanto, autores como Garb, Wood, Lilienfeld e Nezworski (2002) usando o DAP:SPED em seus estudos não encontraram resultados que permitissem identificar problemas internalizantes em crianças.

Bauerman (2013) em sua pesquisa com DFH e sua associação com os problemas internalizantes e externalizantes avaliados pelo CBCL/6-18, usando uma lista de 114 indicadores emocionais, encontrou que poucos indicadores foram sensíveis para discriminar os grupos. A dificuldade em diferenciar as crianças com problemas internalizantes e externalizantes pode ocorrer, conforme refere Pedrini e Frizzo (2010), pois existe um alto índice de comorbidades entre esses problemas do comportamento em crianças.

Uma das hipóteses para essa dificuldade de encontrar um padrão válido para analisar dificuldades emocionais/comportamentais em crianças é de que os sintomas se

expressam de formas distintas no DFH. Os estudos citados acima, trataram de avaliar os problemas internalizantes *versus* os externalizantes e menos pesquisas investigaram associação com sintomatologias específicas.

Um exemplo é o estudo recente de Dutta e Sanyal (2016), comparando crianças com o diagnóstico de TDAH e crianças sem esse diagnóstico, através da avaliação do DFH proposta por Machover, demonstram que o grupo clínico apresentou maiores pontuações comparado ao grupo controle. Os autores apontam que tal descoberta sugere que esta ferramenta simples pode ser usada como um dispositivo de triagem para identificar crianças que precisam de cuidados especiais e tem possibilidade de desenvolvimento de distúrbios emocionais.

Baseado na premissa de que o DFH é um instrumento útil para avaliação de problemas emocionais, Oliveira (2013) desenvolveu a Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH). Esse sistema é dividido de acordo com sexo e idade, resultando em quatro escalas: meninas de 6 a 8 anos (composta por 13 itens), meninas de 9 a 12 anos (composta por 11 itens), meninos de 6 a 8 anos (composta por 20 itens) e os meninos de 9 a 12 anos (composta por 19 itens). Os itens são baseados no estudo Arteché (2006) a qual identificou indicadores emocionais para o DFH. A avaliação da escala é baseada em escores diferentes para os itens que apresentaram melhor capacidade de predizer o desfecho clínico, o qual chamou de “itens críticos”. Essa mudança na forma de pontuação dos escores é um dos diferenciais do estudo. A EC DFH apresentou evidências de validade, discriminando o grupo de crianças clínicas do grupo de crianças não clínicas, ou seja, sem problemas emocionais.

No estudo de Oliveira (2013) não foram realizadas análises detalhadas para investigar os itens de acordo com a sintomatologia apresentada pela criança. Assim, esse estudo teve como objetivo investigar se a Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) é sensível para identificar diferentes sintomas emocionais/comportamentais em criança. Além disso, verificar se há associação entre os itens pontuados pela criança com a sua sintomatologia.

Método

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos, tendo como número de registro: CAAE: 62409216.7.0000.5336.

Delineamento

O presente estudo segue um delineamento quantitativo, transversal de grupos contrastantes.

Amostra

Para a realização desse estudo foram coletados desenhos de 314 crianças de 6 a 12 anos. Desse total (ver Tabela 1), foram excluídos os desenhos feitos em forma de palito (n=41), sendo a amostra total final composta por 273 crianças, (meninos, n=113 e meninas n=160), divididas em dois grupos de idades 6 a 8 anos (n= 151) e 9 a 12 anos (n=122). Essa divisão de grupos é de acordo com a proposta inicial da EC DFH. As crianças foram avaliadas em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (n=178) e São João do Triunfo, uma cidade do Interior do estado do Paraná (n=85). As crianças eram alunos de escolas Públicas (n=268) e Privadas (n=5). Desse total, 10 crianças foram avaliadas em dois centros de atendimento para psicoterapia e as demais foram avaliadas nas suas próprias escolas. Verifica-se que a maior concentração de crianças estão no 3º ano (22,3%) e 4º ano (22,7%). Do total de crianças 36 apresentam histórico de repetência escolas, apenas cinco crianças fazem algum tipo de aula de desenho e 17 crianças estão em atendimento de psicoterapia.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com os dados sócio-demográficos

	N	%
Sexo		
Feminino	160	58,6
Masculino	113	41,4
Idade		
6 anos	32	11,7
7 anos	58	21,2
8 anos	60	22,0
9 anos	52	19,0
10 anos	35	12,8
11 anos	25	9,2
12 anos	11	4,0
Escolaridade		
1º ano	25	9,2
2º ano	55	20,1
3º ano	61	22,3
4º ano	62	22,7
5º ano	47	17,2
6º ano	23	8,4
Escola		
Pública	268	98,2
Privada	5	1,8
Repetência		
Sim	36	13,7
Não	227	86,3
Aula de desenho		
Sim	5	2,0
Não	247	98,0
Psicoterapia		
Sim	17	6,2
Não	253	93,8
Residência		
POA/RS	180	65,9
São João do Triunfo/PR	93	34,1

Instrumentos

Escala clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH): O Desenho da Figura Humana é um instrumento no qual é solicitado à criança que faça o desenho de uma Pessoa, o mais completo possível. Após a realização do desenho é questionado o que ela desenhou e solicitado então que faça um novo desenho de uma pessoa do sexo oposto à primeira desenhada. Não possui tempo determinado para a realização do desenho e as instruções foram padronizadas para a aplicação individual. Os desenhos são solicitados em folha branca, tamanho A4, entregues na posição vertical, será utilizando apenas lápis

grafite e borracha. Nesse estudo será analisado individualmente cada desenho. Os desenhos primeiramente foram analisados conforme o Manual de Apuração da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) (Anexo 2). Nesse manual o avaliador deve pontuar “P” quando o item aparecer como positivo e “N” quando for negativo. Cada item apresenta um escore que pode variar de 1 a 3 pontos, ou seja, o avaliador informa se o item é positivo ou negativo e essa informação é convertida em pontos referentes aquele item avaliado. No final, são somados esses pontos e dado o escore total. O manual apresenta itens e pontuações diferentes para serem avaliados conforme a faixa etária e sexo, sendo composto por quatro variações (meninas 6-8 anos; meninas 9-12 anos; meninos 6-8 anos e meninos 9-12 anos) (Oliveira, 2013).

Ficha de Informação sobre a Criança: A ficha de informação sobre a criança é um questionário breve, elaborado especialmente para o presente estudo, composto por perguntas fechadas, as quais visam obter informações sobre a criança, como: idade, sexo, escolaridade, tratamentos realizados, repetência escolar entre outros. Além dessas informações, também é questionado sobre experiências da criança com desenhos/artes (Anexo 3).

Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre seis e 18 anos, versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL – Achenbach & Escorla, 2001): O CBCL/6-18 é um instrumento de 138 itens respondido pelos pais e/ou responsáveis, os quais avaliam aspectos sociais e comportamentais de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Desse total, 20 itens são destinados à avaliação da competência social da criança e 118 relativos à avaliação de seus problemas de comportamento, somando um total de 11 escalas. Dentre essas escalas, três referem-se à competência social, relativas a problemas no desempenho de atividades e nos aspectos relacionados à sociabilidade e à escolaridade. As outras oito escalas irão compor a Escala Total de Problemas de Comportamento que se subdivide em Escala de Problemas Internalizantes e Escala de Problemas Externalizantes. Em todas as escalas do CBCL, a criança é classificada como Clínica (escores >65), Limítrofe (escores entre 60 e 65) ou Não-Clínica (escores <60). A validação do CBCL/6-18 no Brasil foi realizada por Bordin, Mari e Caeiro (1995).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; versão brasileira de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005): Questionário de Capacidade e Dificuldades. O SDQ é um questionário amplamente utilizado ao nível internacional de despiste clínico do mal-estar psicopatológico de crianças e adolescentes entre os quatro

e os 16 anos. Consiste em uma escala psicométrica composta por 25 itens divididos e cinco subescalas de cinco itens cada: problemas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade-desatenção, dificuldades de relacionamento e comportamento pró-social. Cada item é pontuado por meio de uma escala *Likert*: 0 (falso), 1 (às vezes verdadeiro), e 2 (verdadeiro). As pontuações das subescalas e do escore total é realizado a partir da soma simples dos itens. Seguindo as orientações de Goodman, Lamping e Ploubidis (2010), para o presente estudo, foram calculados um Escore total de sintomas de internalização (soma dos scores nas subescalas de Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com os Colegas) e um score total de sintomas de externalização (soma dos scores nas subescalas de Problemas de Comportamento e Hiperatividade). O instrumento é de autorrelato, mas foi aplicado por um membro da equipe de pesquisa devido à faixa etária da amostra. Com os pais também foi aplicada a escala correspondente. O tempo estimado de aplicação da escala é de cinco minutos.

Procedimentos

Procedimento de Coleta dos Dados

Os dados foram coletados em duas clínicas-escolas de Psicoterapia e em escolas públicas de Porto Alegre e interior do Paraná. Primeiramente foi feito contato com os locais convidando-os para participarem do estudo. Após o aceite a coleta foi iniciada. Nas clínicas-escolas o procedimento de coleta ocorreu no momento em que a criança chegou para atendimento (triagem) e foram aplicados pelo próprio profissional de psicologia que realizou essa avaliação inicial. Os profissionais envolvidos receberam instruções por escrito e orientação do pesquisador responsável sobre como proceder à coleta. A pesquisa foi explicada aos pais e/ou responsáveis e entregue o TCLE (Anexo 4), após o aceite de participação, foi solicitado o preenchimento do SDQ, CBCL/6-18 e a ficha de informação sobre a criança, no próprio local de atendimento. Os desenhos foram solicitados às crianças no momento após a realização da triagem.

Para a coleta em escolas, o procedimento inicial foi o mesmo e após autorização a criança era convidada a realizar os desenhos e a responder o SDQ e aos pais e/ou responsáveis foi enviado o SDQ, CBCL/6-18 e a ficha de informação sobre a criança para preenchimento em suas residências.

Para a realização do DFH tanto nas crianças na triagem, como na escola, foi solicitado fizesse o desenho de uma pessoa o mais completo possível em uma folha A4 com lápis nº2. Após a realização desse primeiro desenho feito o inquérito perguntando o que a criança desenhou e anotado a resposta correspondente. Após era solicitado um segundo desenho, em uma nova folha e que ele fosse feito do sexo oposto ao primeiro desenho realizado. Novamente ao final se perguntou à criança o que ela desenhou e anotou-se a resposta. Após a realização dos desenhos também foi solicitado à criança que respondesse ao questionário SDQ.

Procedimento de Tratamento e Análise dos Dados

Os desenhos primeiramente foram analisados conforme o Manual de Apuração da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) (Anexo 2). Nesse manual, o avaliador deve pontuar “P” quando o item aparecer como positivo e “N” quando for negativo. Cada item apresenta um escore que pode variar de 1 a 3 pontos, ou seja, o avaliador informa se o item é positivo ou negativo e essa informação é convertida em pontos referentes aquele item avaliado. No final são somados esses pontos e dado o escore total. O manual apresenta itens e pontuações diferentes para serem avaliados conforme a faixa etária e sexo, sendo composto por quatro variações (meninas 6-8 anos; meninas 9-12 anos; meninos 6-8 anos e meninos 9-12 anos).

Os dados foram analisados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Foi verificada a normalidade dos escores totais da EC DFH com o Teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Inicialmente foi investigado o efeito das variáveis demográficas nos escores totais da EC através de Análises de Variância (ANOVA), bem como foram conduzidas análises descritivas do CBCL/6-18 e do SDQ. Após, foi feita a correlação entre os escores da EC DFH com os escores ponderados das subescalas do CBCL/6-18 e SDQ através de *Correlação de Pearson*. Além disso, uma vez que o CBCL/6-18 e o SDQ são instrumentos respondidos pelos pais/responsáveis, foram também realizadas análises correlacionais considerando os escores do SDQ respondido pela própria criança. A fim de atingir o objetivo principal do estudo foram então conduzidas uma série de Análises de Variância tendo o escore total da EC DFH como variável dependente e a classificação clínica/não clínica em cada uma das subescalas do CBCL/6-18 e do SDQ respondido pelos pais como variáveis independentes. Para tais análises foram

consideradas as subescalas que tiveram um $n > 10$ no grupo clínico. Por fim, foram conduzidas análises de qui-quadrado para verificação a associação entre os itens individuais da EC DFH e a sintomatologia apresentada pela criança.

Resultados

Análise descritiva e de efeito das variáveis demográficas na EC DFH

A Tabela 2 apresenta os escores na EC DFH de conforme as variáveis tipo de escola, cidade de origem e estar em psicoterapia.

Tabela 2: Distribuição da ECDFH no total e de acordo com o tipo de escola, cidade de origem e estar em psicoterapia.

	ECDFH F6-8				ECDFH F9-12				ECDFH M6-8				ECDFH M9-12			
	n	m(dp)	p	d	n	m(dp)	p	d	n	m(dp)	p	d	n	m(dp)	p	d
Cidade																
P.Alegre	44	6,68(3,16)	.590	.123	55	3,14(2,58)	.229	.257	44	10,27(3,01)	.010*	.624	36	8,83(3,16)	.003*	1.046
São João do Triunfo	36	6,30(3,01)			23	2,56(1,87)			26	8,30(3,30)			7	12,57(3,95)		
Psicoterapia																
Sim	10	6,10(2,84)	.702	.016	4	3,25(2,87)	.837	.100	2	9,50(3,53)	.984	.011	1	15,00(-)	.154	--
Não	67	6,05(3,16)			68	2,98(2,47)			64	9,54(3,28)			36	9,63(3,62)		
Pontuação total																
	80	6,51(3,08)			78	2,97(2,40)			70	9,54(3,47)			43	9,44(3,56)		

Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino, m=média e dp= desvio padrão. * $p < .05$

Observa-se que na EC DFH 6-8 nenhuma das crianças avaliadas estava em escolas privadas. Quanto a variável cidade de origem não há diferença significativa assim como, para o fato da criança estar ou não em psicoterapia ou não. Esse mesmo resultado aparece na EC DFH das meninas de 9 a 12 anos não tendo diferença significativa quanto ao tipo de escola, o fato da criança estar em psicoterapia ou não e também para a cidade de origem.

Na escala dos meninos de 6 a 8 anos (ver Tabela 2) não há diferença significativa quanto ao tipo de escola e o fato da criança estar ou não em psicoterapia, no entanto, quanto a cidade de origem essa diferença mostra-se como significativa com tamanho de efeito moderado, tendo os meninos de Porto Alegre uma média mais alta comparado aos meninos do Paraná. Por fim, na EC DFH M 9-12, a variável tipo de escola não pode ser considerada, por não ter nenhum menino dessa faixa etária estudando em escola privada. Não há diferenças significativas quanto ao fato da criança estar ou não em psicoterapia, mas existem diferenças significativas em relação a cidade de origem, com tamanho de efeito grande, sendo que os meninos de Porto Alegre apresentaram médias mais baixas – resultado oposto ao observado na EC DFH M6-8.

Análise do desempenho e a associação entre a classificação do CBCL/6-18, SDQ respondido pelos pais (SDQ-pais) e SDQ respondido pela criança (SDQ-criança)

Inicialmente foi feita uma análise das frequências de classificação clínica das subescalas pontuadas pelos pais e pela criança. Nessa análise, verifica-se que o percentual de crianças classificadas como clínicas não ultrapassou 50%. As meninas de 6 a 8 anos apresentaram frequências que variaram de 0% para os “Comportamento pró-social” a 40,7 “Sintomas emocionais” para o grupo clínico. As meninas de 9 a 12 anos novamente tiveram menor frequência clínica 1,3% para os “Comportamento pró-social” e 48,7% para os “Sintomas emocionais”. Os meninos de 6 a 8 anos também apresentaram com menor frequência o “Comportamento pró-social”, com 1,3%, e maior frequência para “Problemas internalizantes” com 44,9%. Por fim, os meninos de 9 a 12 anos apresentaram menor frequência para os “Problemas sociais” e “Problemas do pensamento”, ambos com 2,4% e maior frequência para os “Problemas internalizantes” com 45,2%.

Análises da EC DFH considerando as subescalas do CBCL/6-18, SDQ-pais e SDQ-criança

Para verificar se o desempenho na EC DFH tem associação com os escores ponderados do CBCL/6-18 e SDQ, realizou-se uma *Correlação de Pearson*. Conforme pode ser observado na Tabela 4, apenas os problemas de atenção na ECDFH F 6-8 no CBCL/6-18 apresentou resultado significativo. Ainda nessa subescala, os problemas de quebrar regras, apresentam resultados marginalmente significativos.

Em relação à correlação entre dos resultados da EC DFH e os escores pontuados pelos pais no SDQ-pais, verifica-se que apenas o comportamento pró-social na escala das meninas de 9 a 12 anos apresentou correlação marginalmente significativa, assim como essa mesma escala na avaliação do SDQ-criança.

Tabela 3: Correlação Pearson entre subescalas do CBCL/6-18 e EC DFH

	ECDFH F 6-8		ECDFH F 9-12		ECDFH M 6-8		ECDFH M 9-12	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Subescalas do CBCL/6-18								
Prob. Internalizantes	,001	,986	,000	,998	-,038	,538	-,023	,705
Prob. Externalizantes	,088	,157	,010	,871	,032	,601	,058	,705
Ansiedade/Depressão	,017	,784	,029	,645	,014	,827	,032	,606
Isolamento/Depressão	,104	,094	,064	,299	-,054	,382	-,041	,513
Queixas somáticas	-,002	,972	-,055	,378	-,002	,968	,010	,877
Problemas sociais	,020	,743	,004	,947	-,026	,670	,014	,819
Problemas do Pensamento	,106	,087	,014	,822	,062	,317	,012	,843
Problemas de Atenção	,131	,034*	,009	,881	,010	,878	,015	,804
Quebra Regras	,118	,057**	-,039	,532	,036	,560	,028	,654
Agressividade	,069	,265	-,004	,949	,038	,537	,016	,793
Subescalas do SDQ-pais								
Sintomas Emocionais	-,145	,203	-,101	,389	-,001	,993	-,027	,866
Prob. do Comportamento	-,080	,483	-,089	,449	,111	,363	,075	,643
Hiperatividade	-,081	,480	,000	,998	,190	,117	-,211	,185
Problemas sociais	-,006	,967	-,129	,271	,003	,977	-,059	,731
Comportamento pró-social	,028	,804	,220	,058*	-,114	,350	-,269	,089
Subescalas do SDQ-criança								
Sintomas Emocionais	-,044	,701	,052	,657	-,009	,941	-,048	,771
Prob. do Comportamento	-,067	,555	-,101	,392	,093	,464	-,127	,434
Hiperatividade	,073	,522	,066	,577	-,107	,395	-,234	,146
Problemas sociais	-,017	,882	,031	,795	-,101	,422	-,120	,459
Comportamento pró-social	,019	,866	,222	,057*	-,127	,313	,056	,731

* $p < .05$, ** $p < .1$ - Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino

A seguir, foram conduzidas análises utilizando a classificação clínica/não clínica em cada uma das subescalas. Nas análises, somente foram consideradas as subescalas que tiveram um $n > 10$ no grupo clínico.

Conforme observado na Tabela 5 os resultados da EC DFH F 6-8 apenas a subescala de hiperatividade avaliada pelo SDQ-pais apresentou resultados significativos [$F(1,76)=4.927, p=.029, d=.653$], com tamanho de efeito moderado, tendo pontuação maior no grupo clínico. Na EC DFH F 9-12 foram observadas diferenças significativas, com tamanho de efeito moderado, entre os grupos clínico e não clínico nas subescalas do CBCL/6-18 de queixas somáticas [$F(1,69)=3.912, p=.052, d=.564$] e marginalmente significativas na subescala de problemas de pensamento, com tamanho de efeito moderado [$F(1,69)=3.363, p=.071, d=.647$], mas as pontuações mais altas foram observadas no grupo não clínico em ambas as subescalas. Na EC DFH M 6-8, os problemas do comportamento, com tamanho de efeito moderado [$F(1,67)=3.681, p=.059, d=.451$], hiperatividade, com tamanho de efeito pequeno [$F(1,67)=3.990, p=.050, d=.50$] e problemas sociais, com tamanho de efeito moderado [$F(1,67)=4.511, p=.037, d=.615$] apresentam diferenças significativas na avaliação do SDQ-pais, sendo as médias mais altas no grupo clínico. Na EC DFH M 9-12 nenhum das subescalas apresentou resultados significativos.

Na análise das médias pontuadas pela EC DFH e sua comparação com os resultados do SDQ respondidos pela própria criança, verifica-se que em nenhuma das subescalas o resultado foi significativo. Ou seja, a EC DFH não foi sensível para identificar os sintomas avaliados pela própria criança.

Uma vez que os resultados dos escores totais de mostraram bastante dispersos e em direções por vezes opostas as hipóteses do estudo, foi conduzida uma análise dos itens individuais da EC DFH visando verificar se itens específicos eram melhor preditores de sintomas específicos do que os escores totais.

Tabela 4: Comparação entre as médias na EC DFH com as classificações Clínico e Não Clínico nas subescalas do CBCL/6-18, SDQ-pais e SDQ-criança

	EC DFH F 6-8				EC DFH F 9-12				ED DFH M 6-8				EC DFH M 9-12			
	Clínico		Não clínico		Clínico		Não clínico		Clínico		Não clínico		Clínico	Não clínico		
	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>	<i>n</i>	<i>m(dp)</i>		
CBCL/6-18																
Prob.Internalizante	31	6,6(3,2)	48	6,5(3,0)	29	2,4(2,2)	42	3,2(2,5)	31	9,5(3,6)	38	9,5(3,0)	19	9,4(3,5)	23	9,6(3,7)
Prob.Externalizante	19	7,2(3,3)	60	6,4(3,0)	24	2,9(2,9)	47	2,9(2,1)	21	10,7(3,7)	48	9,0(2,9)	13	10,1(3,7)	29	9,2(3,5)
Ansied./Depressão	19	6,0(2,7)	60	6,7(3,1)	22	2,5(2,2)	49	3,1(2,4)	20	9,8(3,4)	49	9,4(3,2)	11	10,3(3,4)	31	9,2(3,7)
Isol./Depressão	--	--	--	--	10	2,2(2,3)	61	3,0(2,4)	--	--	--	--	11	7,9(3,1)	31	10,0(3,4)
Queixas somáticas	18	6,5(2,8)	61	6,6(3,1)	17	1,9(2,2)*	54	3,2(2,4)*	11	8,6(3,6)	58	9,7(3,2)	--	--	--	--
Problemas sociais	--	--	--	--	--	--	--	--	11	10,6(4,4)	58	9,3(3,0)	--	--	--	--
Prob. Pensamento	10	7,1(2,8)	69	6,5(3,1)	11	1,7 (1,9)**	60	3,1(2,4)**	12	10,8(4,1)	57	9,2(3,0)	--	--	--	--
Prob. Atenção	--	--	--	--	12	2,4(2,3)	59	3,0(2,4)	--	--	--	--	4	8,0(2,2)	38	9,6(3,7)
Quebra Regras	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Agressividade	15	6,4(3,0)	64	6,6(3,1)	18	2,3(2,7)	53	3,1(2,2)	--	--	--	--	--	--	--	--
SDQ-pais																
Sint. Emocionais	32	7,0(3,3)	46	6,3(2,9)	36	2,7(2,1)	39	3,1(2,7)	23	9,5(3,4)	46	9,4(3,2)	13	9,0(3,1)	28	9,9(3,7)
Prob. Comp.	16	7,1(3,3)	62	6,4(3,0)	25	3,0(2,5)	50	2,9(2,4)	27	10,4*(3,7)	42	8,9(2,9)*	10	10,0(3,9)	31	9,4(3,5)
Hiperatividade	12	8,3(3,5)*	66	6,2(2,9)*	15	2,7(2,3)	60	3,0(2,5)	23	10,6*(3,2)	46	9,0(3,2)*	12	8,8(3,7)	29	9,9(3,7)
Problemas sociais	15	9,7(3,4)	64	10,3(3,3)	22	2,6(2,3)	53	3,1(2,5)	15	11,1*(3,4)	54	9,1(3,1)*	10	9,4(3,4)	31	9,7(3,7)
Comp. pró-social	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
SDQ-criança																
Sint. Emocionais	32	6,3(3,5)	39	6,8(2,8)	25	2,8(2,2)	44	3,0(2,5)	24	9,9(2,9)	34	9,3(2,4)	11	10,2(3,8)	24	8,7(3,4)
Prob. Comp.	10	6,2(4,0)	46	6,4(3,2)	10	2,5(2,9)	47	3,0(2,5)	15	9,5(3,2)	38	10,1(3,1)	--	--	--	--
Hiperatividade	--	--	--	--	15	3,3(2,4)	47	2,9(2,4)	11	9,0(2,8)	49	9,6(3,4)	--	--	--	--
Problemas sociais	20	6,5(4,0)	47	6,4(2,7)	16	2,8(2,8)	43	2,8(2,2)	18	9,7(3,1)	37	9,4(3,1)	10	8,3(2,8)	24	9,8(4,0)
Comp. pró-social	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abreviações: M= média, *dp* = desvio padrão, EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino, m=média, *dp*=desvio padrão **p*<.05;

***p*<.010

Associação entre os itens individuais da EC DFH e a sintomatologia apresentada pela criança no CBCL/6-18 e SDQ

A tabela 6, apresenta os resultados significativos do *qui-quadrado* dos itens sensíveis para diferenciar o grupo clínico e não clínico nas subescalas do CBCL/6-18.

Tabela 5: Resultados do *qui-quadrado* dos itens com as subescalas do CBCL/6-18 e SDQ

		Subescala CBCL/6-18 e SDQ	% Grupo Clínico	% Grupo Não Clínico	χ^2	<i>p</i>
EC DFH F 6-8						
Roupa feminina		Isolamento/Depressão	83,3	21,6	10.918	.004
		Queixas Domáticas	44,4	21,0	3.372	.046
		Prob. Internalizantes	38,7	18,4	4.059	.044
		Sintomas Emocionais	40,6	16,0	5.435	.020
		Hiperatividade	50,0	21,2	3.976	.046
Cintura		Problemas Sociais	100,0	67,0	5.863	.016
Omissão mãos		Prob. Internalizantes	19,4	42,9	4.691	.030
Ênfase		Sintomas Emocionais	15,2	2,1	4.869	.039
cabelo/pelo						
Falha	na	Problemas Sociais	25,0	1,6	11.984	.003
integração						
União	dos	Sintomas Emocionais	30,3	52,1	3.780	.052
membros						
EC DFH F 9-12						
Dedos juntos		Hiperatividade	53,3	25,0	4.531	.033
		Isolamento/Depressão	0	33,9	4.782	.029
Linha pesada		Prob. Externalizantes	4,2	22,9	4.050	.051
EC DFH M 6-8						
Garras		Prob. Externalizantes	28,6	8,3	4.828	.057
Figura baixa		Ansiedade/Depressão	40,0	67,3	4.405	.036
Roupa feminina		Comp. Agressivo	64,7	92,3	7.876	.011
União		Sintomas Emocionais	95,8	63,4	8.574	.003
Adaptação cabelo		Sintomas Emocionais	41,7	19,5	3.711	.054
Transparência		Prob. Comportamento	20,0	2,0	6.473	.036
Omissão pescoço		Prob. Comportamento	40,0	72,0	5.168	.023
		Hiperatividade	36,4	70,4	4.622	.043
		Problemas Sociais	38,9	68,1	4.623	.032
EC DFH M 9-12						
Sapato		Prob. Externalizantes	92,3	61,2	4.022	.045
Presença ombros		Comp. pró-social	80,0	30,6	4.626	.051
		Queixas Somáticas	0	42,9	4.667	.038

Abreviações: EC=Escala Clínica; DFH= Desenho da Figura Humana. F=Feminino. M=Masculino, m=média, dp=desvio padrão; $p < .05$.

Verifica-se que não há um padrão de itens que representa algum sintoma específico. Além disso, alguns itens foram significativos mas tiveram uma frequência maior no grupo não clínico, resultado esse que chama atenção, pois seria esperado que fossem mais frequentes no grupo clínico. O item dedos juntos na EC DFH F 9-12 e o item presença de ombros na EC DFH M 9-12 não apresentaram nenhuma ocorrência no grupo clínico.

Discussão

O objetivo do estudo foi investigar os indicadores na EC DFH de acordo com a sintomatologia da criança. Para tanto, foi verificada a associação das variáveis sócio-demográficas no desempenho das crianças frente à EC DFH. Nessa análise, a variável cidade de origem apresentou associação significativa no desempenho dos meninos em ambas às escalas do DFH. A partir disso, a variável cidade de origem foi incluída como uma covariável para a análise desse grupo. A pesquisa normativa desenvolvida por Hutz e Antoniazzi (1995) aponta que mesmo o DFH sendo um instrumento independente da linguagem, ele não está livre da influência cultural, pois os autores identificaram diferenças entre os dados das crianças Brasileiras comparado com os dados de crianças Americanas.

Em relação ao desempenho na EC DFH e a sua comparação com o desempenho no CBCL/6-18, aponta que apenas as subescala de problemas na atenção e quebrar regras na EC DFH F 6-8 apresentaram correlações significativas. Os resultados da correlação entre a EC DFH e o SDQ-pais e SDQ-criança apresentam resultados significativos em relação ao comportamento pró-social nas meninas de 9 a 12 anos. Nas demais escalas do o resultado do desempenho no DFH foi independente do sintoma da criança. Os sintomas de problemas de atenção e quebrar regras estão no grupo de queixas mais frequentes relatadas por professores no ensino fundamental, mesmo os questionários tendo sido respondidos pelos pais, a presença desses comportamentos tendem a ser mais facilmente observadas e, também, de gerarem mais desconforto. O comportamento pró-social é uma qualidade, e entende-se que sua maior pontuação também está relacionada com questões de desejabilidade social, comum nessa faixa etária.

Semelhante a esse resultado, verifica-se que a EC DFH foi sensível apenas para identificar hiperatividade em meninas de 6 a 8 anos, assim como, problemas no

comportamento, hiperatividade e problemas sociais nos meninos de 6 a 8 anos. Esses resultados nos mostram que de forma geral a EC DFH não apresenta capacidade de discriminar diferentes sintomas em crianças, e, diferente do encontrado nos estudos anteriores, nessa pesquisa o DFH mostrou-se mais sensível para identificar problemas do grupo externalizante. Esse dado demonstra, assim como na pesquisa realizada por Comparini, Wechsler e Machado (2017), que o DFH ainda não apresenta dados empíricos de evidências para avaliação de indicadores emocionais/problemas emocionais em crianças.

O baixo índice de pontuação nos itens da EC DFH pelas crianças avaliadas na presente investigação pode ter sido um fator importante em relação aos resultados apresentados. Ressalta-se ainda que a presença dos itens, os quais Oliveira (2013) encontrou poder discriminativo elevado para o grupo clínico do não clínico, nessa amostra apresentam uma frequência muito semelhante entre os dois grupos.

Esse dado pode ter ocorrido, pois a maioria das crianças da amostra apresentaram pontuações ponderadas no CBCL/6-18 em todas as subescalas < 75 pontos, ou seja, nenhuma criança avaliada demonstrou um perfil muito grave em relação aos sintomas apresentados, o mesmo ocorrendo no SDQ. Sendo assim, pode-se pensar que mesmo as crianças clínicas, por serem menos graves, fizeram desenhos muito semelhantes as crianças não clínicas da amostra avaliada. Uma hipótese para esse achado é de que as crianças se expressam no desenho através de indicadores variados, não tendo um padrão específico. Baseado nisso, levanta-se a hipótese de que pela EC DFH acabou sendo possível discriminar apenas alguns grupos de sintomas, pois as crianças avaliadas apresentavam um perfil sintomatológico de baixa gravidade, e consequentemente com isso, pontuaram menos os itens no DFH.

Outro ponto é que as crianças acabam aprendendo a desenhar, principalmente por ser uma atividade presente na vida escolar. As crianças de 9 a 12 anos, tanto meninas como os meninos acabaram apresentando desenhos menos sensíveis para a diferenciação entre os grupos, possivelmente por terem um padrão mais esperado de desenho, diferente das crianças menores. Esses resultados vão ao encontro do que refere Segabinazzi (2010) de que o DFH não teria o intuito de uma avaliação mais inespecífica quanto ao tipo de sintoma apresentado pela criança. No seu estudo, a autora também não encontrou resultados significativos na diferença de grupos clínicos e não clínicos em relação aos problemas internalizantes e externalizantes.

Klopfer e Taulbee (1976), recomendam a utilização dos resultados DFH como uma possibilidade de olhar o comportamento gráfico que só assume significado dentro de um contexto maior, sendo necessário a realização de um inquérito e análise dos comentários do sujeito em relação ao desenho realizado. Semelhante a essa idéia, Kahili (1984) conclui sua revisão sugerindo que o uso adequado do desenho pode servir como um trampolim ou estímulo, para verbalização e discussão.

Do ponto de vista clínico, percebe-se que o desenho funciona como uma forma de comunicação da criança, mas nossos achados tem demonstrado que nem todas crianças se expressa da mesma maneira, e ainda mais, que nem toda criança talvez tenha a capacidade de se expressar pelo desenho. Com isso, reforça a importância de que ao se avaliar o desenho de uma criança, independente do método ou objetivo de avaliação, deve-se fazer um inquerito e ter uma compreensão mais ampla do que a criança teve de intenção ao realizar o desenho. Entende-se que esses dados podem favorecer a uma maior compreensão dos achados e que o desenho olhado isoladamente, acaba tendo menos capacidade preditiva, independente do sintoma que a criança está apresentando.

Flanagan e Motta (2007) referem que os dados de desenho podem ser úteis quando eles são agregados com outros dados e interpretados de forma integrada para obter uma descrição do indivíduo, ou quando o foco da avaliação é sobre construções abrangentes como o bem-estar. Devido a isso sugere-se que novas pesquisas sejam feitas, pois, nesse estudo foi utilizado um instrumento de medida do comportamento, comparado à avaliação do DFH que teria uma proposta de avaliação inicial de problemas emocionais. Além disso, a amostra clínica dessa pesquisa de acordo com a sua pontuação apresenta sintomatologia menos intensa, e sugere-se que uma nova investigação seja feita comparando também com grupos extremos em relação aos sintomas.

Considerações finais

O presente estudo se propôs a investigar os indicadores da EC DFH de acordo com a sintomatologia apresentada pela criança. Os achados apontam que a EC DFH demonstrou adequada capacidade de discriminar alguns sintomas em crianças. Nesse estudo, verifica-se que a escala das meninas de 6 a 8 anos foi sensível para identificar problemas relacionados à hiperatividade. Na escala dos meninos de 6 a 8 anos, os problemas do comportamento, hiperatividade e problemas sociais. No entanto, as

escalas do grupo de idade de 9 a 12, tanto das meninas como dos meninos não foi sensível para discriminar nenhum perfil sintomatológico. Em relação aos itens, verificase que a frequência dos mesmos foi baixa de acordo com o esperado e não foi possível encontrar um padrão em relação aos indicadores de sintomas nos desenhos.

Do ponto de vista da amostra foram observadas influências da variável cidade de origem, sendo significativa no desempenho dos meninos em ambos os grupos de idade, ou seja, fatores culturais, pois as crianças avaliadas eram de estados distintos podem apresentar interferência no desempenho frente ao DFH. Esses dados apontam a necessidade de que sejam realizados novos estudos para verificar a influência desses dados na criação da EC DFH, tendo em vista que esse dado não havia sido analisado.

Estudos afirmam que os desenhos “amadurecem” conforme o aumento da idade da criança (Knoff, 1993) e também de que indicadores de criatividade estão presentes nos desenhos (Oliveira, 2014; Oliveira & Wechsler, 2016). A presente pesquisa não investigou a interferência desses dois fatores na avaliação da EC DFH. Com isso, sugere-se que novas pesquisas possam ser realizadas.

Além disso, reforça-se a importância de um inquerito robusto e consistente com a criança após a realização do desenho, tendo em vista a poder ter informações principalmente sobre o que ela pensou e qual a sua intenção ao realizar aquele desenho. Entende-se que esses dados possam ser úteis e e junto com o desenho ser uma ferramenta de maior alcance do mundo interno, sendo então, um trampolim ou estímulo para o início de uma avaliação mais profunda juntamente com outros instrumentos válidos para avaliação psicológica de crianças.

Por fim, sugere-se que novos estudos com a EC DFH possam ser realizados principalmente com uma amostra maior em relação aos sintomas que na presente pesquisa tiveram num número muito baixo de crianças e também que possa ser feito uma comparação com dados sobre o fato da criança realizar aulas de desenho e sua preferência de desenhos, que não puderam ser investigados no presente estudo.

Referências

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Albornoz, A. C. (2011). Desenho da Figura Humana: Indicadores de abandono, abuso sexual e abuso físico em crianças. *Tese de Doutorado*. Programa de Pós-

Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

- Aldridge, J., Lamb, M.E, Sternberg, K.J., Orbach, Y., Esplin, P.W. & Bowler, L. (2004). Using a human figure drawing to elicit information from alleged victims of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2):304-16. DOI: 10.1037/0022-006X.72.2.304
- Arteche, A. X. (2006). Indicadores emocionais do desenho da figura humana: construção e validação de uma escala infantil. *Tese de Doutorado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Arteche, A. X. & Bandeira, D. R. (2006). O desenho da figura humana: Revisando mais de um século de controvérsias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(março), 133–155. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645449008>.
- Bandeira, D., Loguercio, A., Caumo, W., & Ferreira, M.B. (1998). O Desenho da Figura Humana é válido para avaliar ansiedade em crianças? *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 129-134. DOI: 10.1590/S1413-85571998000200007.
- Batista, M. M. A., Fernandez, S. F., & Oliveira, S. S. M. S. (2014). Indicadores de ansiedade em el DFH y rasgos de personalidad em ninos: um estudio de validez. *Psicología desde el Caribe*, 31(septiembre-diciembre), 417-435. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5043>.
- Bartholomeu, D., Sisto, F. F., & Rueda, F. J. (2006). Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 139-146. DOI: 10.1590/S1413-73722006000100016.
- Bauermann, M. (2013). A associação do desenho da figura humana com personalidade e problemas de comportamento em crianças. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Beraldo, F. N. M., Capitão, C. G., & Oliveira, K. L. (2006). Indicadores sexuais no Desenho da Figura Humana e abuso sexual. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 67-76. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000100008&lng=pt&tlng=pt.

- Bordin, I.A., Mari, J. J. & Caeiro, M.F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) Inventário de comportamentos da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 17(2), 55-66. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000100004.
- Borsa, J. C., & Bauermann, E. M. (2013). O Desenho da Figura Humana na avaliação da agressividade infantil. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 273-274. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa, técnica projetiva do desenho: Manual e guia de interpretação*. (Vetor, Ed.). São Paulo.
- Comparini, I. P., Wechsler, S. M., & Machado, W. L. (2017). Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana: investigando evidências de validade. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 256-269. DOI: 10.5935/1980-6906
- Dutta, M. M., & Sanyal, N. (2016). A Comparative Study of Emotional Characteristics of Children with and without ADHD by “Draw a Man Test”. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23, 27–33.
- Flanagan, R., & Motta, R. W. (2007). Figure drawings: a popular method. *Psychology in the Schools*, 44(3), 257–270. DOI: 10.1002/pits.20221.
- Feyth, J. & Holmes, C. (1994). Use of the Draw-a-Person with conduct disordered children. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1353-1354.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire — Portuguese version]. Recuperado de: <http://portefolio-mpap.webnode.pt/escala-sdq/>
- Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Effective Use of Projective Techniques in Clinical Practice : Let the Data Help With Selection and Interpretation, 33(5), 454–463. DOI: 10.1037//0735-7028.33.5.454.
- Goodman, A. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-58. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, A, Lamping, D.L. & Ploubidis, G.B. (2010). When to use broader

- internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8):1179-91. DOI: 10.1007/s10802-010-9434-x.
- Hutz, C. S., & Antoniazzi, A. S. (1995). O desenvolvimento do Desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: Normas para avaliação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, 3-18. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v2n2/v2n2a07>.
- Kahill, S. (1984). Human figure drawing in adults: An update of the empirical evidence, 1967-1982. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 25(4), 269–292. DOI: 10.1037/h0080846.
- Klopfer, W. G., & Taulbee, E. S. (1976). Protective tests. *Annual Review of Psychology*, 27, 543-567.
- Knoff, H. M. (1993). The Utility of Human Figure Drawings in Personality and Intellectual Assessment: Why Ask Why? *School Psychology Quarterly*, 8(3), 191–196. DOI: 10.1037/h0088272.
- Koppitz, E. M. (1984). *El dibujo de la Figura Humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Koppitz, E. M., & Casullo, M. (1983). Exploring cultural influences on Human Figure Drawings of young adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 479-483. DOI: 10.2466/pms.1983.57.2.479.
- Mansur, C. M., Alves, R. J. R., Nakano, T. C., & Ciasca, S. M. (2015). O teste do Desenho da Figura Humana em crianças com e sem queixas de agressividade: estudo piloto. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 15(1), 8-21.
- Matto, H. C. (2002). Investigating the Validity of the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance: A Measurement Validation Study With High-Risk Youth. *Psychological Assessment*, 14(2), 221–225. DOI: 10.1037//1040-3590.14.2.22.
- Matto, H. C., Naglieri, J. A., & Clausen, C. (2005). Validity of the Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP: SPED) in Strengths-Based Assessment. *Research on Social Work Practice*, 15(1), 41–46. DOI: 10.1177/1049731504269553.

- Naglieri, J.; McNeish, T. & Bardos, A. (1991). *DAP:SPEED - Draw a Person: Screening procedure for emotional disturbance*. Austin, Texas: Pro.Ed.
- Oliveira, S. E. S. de. (2013). Construção de escalas clínicas do Desenho da Figura Humana para crianças de 6 a 12 anos: Normas e Evidências de Validade. *Monografia do Curso de Especialização*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Oliveira, K, S. (2014). Indicadores de criatividade do Desenho da Figura Humana. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro Ciência e Vida – PUC-Campinas.
- Oliveira, K, S. & Weschler, S. M. (2016). Indicadores de Criatividade no Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36 (1), 6-19. DOI: 10.1590/1982-3703001682014.
- Pedrini, J. R. & Frizzo, G. B. (2010). Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia*, 33, 69-83. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1150/115021494007/>
- Porteous, M. A. (1996). The Use of the Emotional Indicator Scores on the Goodenough-Harris Draw-a-Person Test and the Bender Motor-Gestalt Test to Screen Primary School Children for Possible Emotional Maladjustment. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(1), 23-26. DOI: 10.1027/1015-5759.12.
- Silva, D. R. & Herzberg, E. (2017). Desenho da Figura Humana: Avaliação da imagem corporal na deficiência física. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 106-115. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n1/v16n1a13.pdf>.
- Segabinazi, J. D. (2010). Desenho da Figura Humana: Evidências de validade de escalas globais de avaliação. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Szasz, C., Baade, L. & Paskewicz, C. (1980). Emotional and developmental aspects of Human Figure drawings in predicting school readiness. *Journal of School Psychology*, 18(1), 67-73.
- Tardivo, L. S. P. C. (2017). O desenho da figura humana em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 37(92), 63-78.

- Tharinger, D. J., & Stark, K. (1990). A Qualitative Versus Quantitative Approach to Evaluating the Draw-A-Person and Kinetic Family Drawing: A Study of Mood- and Anxiety-Disorder Children. *Psychological Assessment*, 2(4), 365-375. DOI: 10.1037/1040-3590.2
- Yama, M. F. (1990). The usefulness of Human Figure drawings as an index of overall adjustment. *Journal of Personality Assessment*, 54, 78-86. DOI: 10.1080/00223891.1990.9673976.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo buscar as Evidências de Validade, Fidedignidade e os indicadores de sintomatologia da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH). Para isso, foram produzidos dois artigos empíricos que objetivaram comparar o desempenho das crianças na EC DFH de crianças clínicas (com problemas emocionais/comportamentais) e não clínicas (sem esses problemas).

O primeiro estudo realizou uma comparação do desempenho das crianças na EC DFH de acordo com sexo e idade e a sua classificação para problemas totais do comportamento, problemas internalizantes e externalizantes avaliados pelos CBCL/6-18 e o fato da criança estar em psicoterapia ou não. Os resultados apontam que as médias apresentadas pelas crianças do grupo clínico de forma geral foram muito semelhantes ao grupo não clínico para os problemas totais do comportamento, problemas internalizantes, problemas externalizantes e do grupo de psicoterapia e sem psicoterapia. Esses achados demonstram que a escala, de forma geral não se mostra sensível para diferenciar o grupo de crianças com problemas de comportamento e/ou dificuldades emocionais das crianças sem essas características. Apenas a escala dos meninos de 6 a 8 anos apresenta uma tendência a diferenciar o grupo clínico do não clínico para os problemas externalizantes.

Diante do resultado desse primeiro estudo, conclui-se que a EC DFH não foi sensível como instrumento de *screening* de problemas emocionais em crianças de 6 a 12 anos, no entanto, sugere-se que novos estudos sejam feitos a fim de verificar os indicadores da ECDFH e sua relação com a sintomatologia apresentada pela criança. Essa análise se faz necessária, para verificar se há alguma sensibilidade para identificar sintomas de forma mais individual, tendo em vista que nesse estudo foram utilizadas categorias amplas para avaliação de problemas do comportamento, as quais abarcam grupos de sintomas.

Com isso, o segundo estudo teve como objetivo verificar os indicadores da EC DFH de acordo com o sintoma apresentado pela criança. Para a avaliação dos sintomas, foram utilizados três questionários sobre o comportamento: CBCL/6-18 e o SDQ-pais (respondidos pelos pais/responsáveis) e o SDQ-criança respondido pela própria criança.

Os resultados principais apontaram que a EC DFH demonstrou adequada capacidade de diferenciar problemas de hiperatividade em meninas de 6 a 8 anos, problemas de comportamento, problemas sociais e de hiperatividade em meninos de 6 a 8 anos. No entanto, no grupo de 9 a 12 anos tanto nas meninas como nos meninos não foi sensível para discriminar nenhuma sintomatologia. Além disso, não foi possível encontrar um padrão em relação aos itens pontuados de acordo com os sintomas apresentado pela criança.

Os achados na presente pesquisa vão de encontro com os estudos realizados por Garb, Wood, Lilienfeld e Nezworski (2002), Matto (2002) e Yama (1990), os quais referiam que o DFH era sensível para identificar problemas internalizantes em crianças. Nos dois estudos apresentados, verifica-se uma maior tendência da EC DFH, em identificar problemas relacionados a comportamentos externalizantes em crianças.

Com base nos resultados dos estudos apresentados e devido a grande utilização por parte dos psicólogos das técnicas gráficas, como o DFH para avaliação psicológica de crianças (Noronha, Primi, & Alchieri, 2005; Padilha, Noronha, & Zanchet, 2007; Weschler, 2012), verifica-se a necessidade de que novos estudos sejam realizados na área com esse instrumento a fim de suprir as lacunas referidas na presente pesquisa. Reforça-se a importância de que esses achados em relação à EC DFH e a sua limitação na capacidade de identificar sintomas em crianças e de diferenciar os grupos clínicos e não clínicos sejam levados em consideração pelos profissionais que se utilizam dessa técnica. Além disso, salienta-se que o desenho como ferramenta na avaliação psicológica deve ser utilizado junto com uma bateria de testes e outras informações sobre a criança a fim de complementar a avaliação.

Referências

- Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Effective Use of Projective Techniques in Clinical Practice : Let the Data Help With Selection and Interpretation, *33*(5), 454–463. DOI: 10.1037//0735-7028.33.5.454.
- Matto, H. C. (2002). Investigating the Validity of the Draw-A-Person : Screening Procedure for Emotional Disturbance : A Measurement Validation Study With High-Risk Youth. *Psychological Assessment*, *14*(2), 221–225. DOI: 10.1037//1040-3590.14.2.22.
- Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2005). Instrumentos de Avaliação mais

Conhecidos / Utilizados por Psicólogos e Estudantes de Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 18(3), 390–401. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a13v18n3.pdf>

Padilha, S., Noronha, A. P. P., & Zanchet, C. F. (2007). Instrumentos de Avaliação Psicológica. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 69–76. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3350/335027181009/>

Yama, M. F. (1990). The usefulness of Human Figure drawings as an index of overall adjustment. *Journal of Personality Assessment*, 54, 78-86. DOI: 10.1080/00223891.1990.9673976

Wechsler, S. M. (2012). O desenho da figura humana: medida cognitiva, emocional ou criativa? In S. M. Wechsler, & T. C. Nakano (Org.) *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional* (pp. 33-64). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

4 ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA ESCALA CLÍNICA DO DESENHO DA FIGURA HUMANA (EC DFH)

Pesquisador: Adriane Arteche

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62409216.7.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.878.825

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa consiste em um estudo de Mestrado na área da Cognição Humana do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e está vinculado ao Grupo de Neurociência Afetiva e Transgeracionalidade (GNAT), coordenado pela Profª. Drª. Adriane Xavier Arteche, e é intitulado "Evidências de Validade e Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH)". Esse projeto se insere na linha de pesquisa

do GNAT: construção, adaptação e validação de instrumentos. O estudo apresenta uma proposta de investigação quantitativa e de grupos

contrastantes. A pesquisa será composta por dois estudos. O primeiro estudo tem como objetivo investigar as Evidências de Validade e

Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH). O segundo estudo busca investigar a sensibilidade desta escala através

da comparação da prevalência dos itens individuais em crianças do grupo controle e crianças classificadas como clínicas para problemas

internalizantes/sintomas emocionais e problemas externalizantes/problemas de comportamento. Para a realização do estudo será utilizado um banco

de dados cedido para a presente pesquisa, o qual conta com 503 protocolos de Desenhos da

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.878.825

Figura Humana de crianças de 6 a 12 anos de idade.

No segundo estudo, a proposta também é realizar coleta de desenhos de crianças em clínicas-escolas de atendimento psicoterápico e escolas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar evidências de validade e fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) para identificar problemas psicológicos em crianças de 6 a 12 anos.

Objetivo Secundário:

Investigar evidências de fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) através de: i) concordância entre juízes e ii) estabilidade dos escores na pontuação do primeiro e segundo desenho realizados pela mesma criança.

Investigar evidência de validade de critério da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) através da comparação dos itens individuais pontuados na escala de crianças do grupo controle e crianças do grupo clínico (internalizantes e externalizantes).

Investigar a prevalência de cada um dos itens individuais da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) no grupo de crianças clínicas de acordo com o quadro clínico, sexo e idade.

Investigar a prevalência de cada um dos itens individuais da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) no grupo de crianças clínicas de acordo com o quadro clínico, sexo e idade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos associados se restringem aos procedimentos a serem realizados no estudo. Não existe nenhum procedimento que cause risco à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Problema de Pesquisa:

A Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH) é um instrumento válido para diferenciar crianças de diferentes quadros clínicos

(internalizantes e externalizantes)?

Delineamento

O presente estudo segue um delineamento quantitativo, transversal de grupos contrastantes.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.878.825

Amostra

Para a realização desse estudo serão coletados desenhos de 240 crianças de 6 a 12 anos divididos em dois grupos: grupo clínico (n=120) e grupo não clínico (n=120). O grupo clínico será composto por desenhos de crianças que buscarem atendimento psicológico em duas clínicas-escola de Porto Alegre e que pontuarem como clínicas no CBCL/6-18 e no SDQ para problemas internalizantes ou externalizantes. O grupo controle será composto por crianças que não pontuarem no CBCL/6-18 e no SDQ como clínico para problemas internalizantes ou externalizantes. Essa coleta será feita em escolas da cidade de Porto Alegre. Os dados serão coletados em duas clínicas-escolas de Psicoterapia, os quais irão compor o grupo clínico. Para o grupo controle, serão utilizados desenhos de crianças que não pontuarem como "clínicos" na nas escalas do SDQ e do CBCL/6-18 para problemas internalizantes e externalizantes. A coleta desses casos será feita em Escolas de Porto Alegre.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram anexados: folha de rosto da CONEP, Carta de conhecimento e autorização; documento do SIPESQ, Currículo LATTES da pesquisadora e sua orientadora, orçamento, TCLE, questionários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828955.pdf	21/11/2016 16:37:01		Aceito
Outros	Lattes_Mestranda.pdf	21/11/2016	Adriane Arteché	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.878.825

Outros	Lattes_Mestranda.pdf	16:36:10	Adriane Arteche	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/11/2016 16:34:01	Adriane Arteche	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/11/2016 16:30:49	Adriane Arteche	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	21/11/2016 16:25:05	Adriane Arteche	Aceito
Outros	carta_comide_etica.pdf	21/11/2016 16:23:51	Adriane Arteche	Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes_ Adriane Xavier Arteche.pdf	21/11/2016 16:05:34	Adriane Arteche	Aceito
Outros	carta_sipesq.pdf	21/11/2016 16:02:58	Adriane Arteche	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Doc_unificado_proj_pesquisa.pdf	21/11/2016 15:59:36	Adriane Arteche	Aceito
Outros	SDQ.pdf	19/11/2016 22:28:00	Adriane Arteche	Aceito
Outros	CBCL.pdf	19/11/2016 22:22:34	Adriane Arteche	Aceito
Outros	FICHA_INFORMACAO_CRIANCA.pdf	19/11/2016 22:15:58	Adriane Arteche	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Escola_Clotilde.pdf	19/11/2016 22:14:25	Adriane Arteche	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ESCOLA_AMIGO.pdf	19/11/2016 22:14:10	Adriane Arteche	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	NEPTE.pdf	19/11/2016 22:14:00	Adriane Arteche	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEAPIA.pdf	19/11/2016 22:13:45	Adriane Arteche	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/11/2016 21:49:06	Adriane Arteche	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/11/2016 21:45:41	Adriane Arteche	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.878.825

PORTO ALEGRE, 21 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

ANEXO 2 - Manual de Apuração da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana (EC DFH)

Protocolo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninas de 6 a 8 anos de idade

Nome: _____

Idade: _____ **Data de Nascimento:** _____

Data de Aplicação: _____

Avalie os itens abaixo, com base no *Manual de Apuração*, marcando "P" (positivo) ou "N" (negativo) para cada item.

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Fina		
	Uniões		
	Falha na Integração		
	União dos Membros		
Cabeça	Assimetria das Extremidades		
	Ênfase Cabelo/Pelo		
Tronco e Membros	Ênfase na Face		
	Omissão das Mãos		
	Problema de Representação de Roupas		
	Roupas Femininas		
	Cintura		
Extras	Espaço entre Pernas		
	Objetos		
Σ Total			

Classificação

()	()	()	()
0-5	6	7-8	9 >
Sem indicação para avaliação	Indicação para avaliação	Necessidade de Avaliação	Avaliação Necessária

Crivo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninas de 6 a 8 anos de idade

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Fina	P	3
	Uniões	N	1
	Falha na Integração	P	1
	União dos Membros	N	1
	Assimetria das Extremidades	P	2
Cabeça	Ênfase Cabelo/Pelo	P	2
	Ênfase na Face	P	2
Tronco e Membros	Omissão das Mãos	P	2
	Problema de Representação de Roupas	P	1
	Roupas Femininas	N	2
	Cintura	N	3
	Espaço entre Pernas	N	1
Extras	Objetos	P	3

Manual de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninas de 6 a 8 anos de idade

	Item	Descrição
Aspectos gerais do desenho	Linha Fina	Pontua-se "P" caso o desenho apresente linhas muito finas ou muito fracas em pelo menos 50% do desenho.
	Unições	Os pontos de união das linhas devem encontrar-se sem tendência a se cruzar, sem espaço entre as extremidades, considerando o desenho como um todo. A correção deve ser rigorosa. Pontua-se "N" caso o desenho não apresente essas características.
	Falha na Integração	É pontuado "P" se qualquer dos seguintes itens está presente, mas não há união: A) Cabeça unida ao pescoço ou ao topo do tronco; B) Dois braços (um se de perfil) unidos à metade superior do tronco (acima da metade superior da medida vertical do tronco ou do vestido). Considera-se tronco a porção que se estende da parte superior, onde encontra a cabeça ou o pescoço, até o limite inferior, onde estão as pernas ou o espaço entre as pernas; C) Duas pernas (uma se de perfil) unidas ao limite inferior do tronco (abaixo da metade inferior da medida vertical do tronco ou do vestido).
	União dos Membros	União dos braços e pernas no lugar correto. Pontua-se "N" quando não estiverem unidos no local correto.
	Assimetria das Extremidades	Registra-se "P" quando um braço ou perna difere marcadamente do outro na forma. Este item não se pontua quando os braços ou pernas tem o formato parecido, mas diferem um pouco em tamanho.
Cabeça	Ênfase Cabelo/Pelo	Pontua-se "P" quando houver cabelos na cabeça, peito ou barba suíça, desde que desenhados com ênfase expressa por tamanho aumentado (ex: cabelo longo, maior do que o tamanho do rosto), penteado elaborado, com sombreado vigoroso (quando combinado com outros detalhes de maquiagem). Pontuar qualquer presença de cabelo no peito, barba, suíça (costeleta), bigode ou chapéu.
	Ênfase na Face	Marca-se "P" quando houver excessiva ênfase na face caracterizada por repasse ou tamanho aumentado dos lábios, nariz ou olhos, em relação ao resto do desenho. Pontua-se quando o desenho for pobre e houver bastante detalhamento em todo o conjunto da face. A face deve ser marcadamente diferente do restante do desenho.

Tronco e Membros	Omissão das Mãos	É pontuado "P" se não existem mãos ou dedos no final dos braços (mãos escondidas para trás da figura ou nos bolsos não são pontuadas).
	Problema de Representação de Roupas	Pontua-se "P" quando houver uma das duas opções: A) não há qualquer representação de roupa. Considera-se representação de roupa uma fileira de botões, um chapéu ou ambos; B) há representação de roupa, mas com presença de transparência (vestuário não é livre de transparência).
	Roupas Femininas	Pontua-se "N" quando qualquer representação de vestido, ou saia, ou modelo de calça feminina não estiverem presentes.
	Cintura	Pontua-se "N" quando não for indicada a presença da cintura, quer exista um cinto ou não.
	Espaço entre Pernas	É preciso haver uma distância entre a cintura e o início das coxas, e espaço entre pernas. Quando não houver essa indicação, registra-se "N".
Extras	Objetos	Pontua-se "P" quando houver a presença de um ou mais objetos junto à figura ou sendo portados por ela (por exemplo, bolsas, pastas, tacos de beisebol, excluindo símbolos agressivos e artigos como óculos e joias).

Protocolo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninas de 9 a 12 anos de idade

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Data de Aplicação: _____

Avalie os itens abaixo, com base no Manual de Apuração, marcando "P" (positivo) ou "N" (negativo) para cada item.

Item		Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Tremida		
	Linha Pesada		
	Dificuldade de Integração		
	Figura Baixa		
	Transparência		
Cabeça	Adaptação do Cabelo		
	Penteado		
	Ênfase da Face		
	Boca Cortada		
Tronco e Membros	Dedos Juntos		
	Problema de Representação de Roupas		
		Σ Total	

Classificação

() () () () ()

0-2	3	4	5	6 >
Sem indicação para avaliação	Sugestão de entrevista	Indicação para avaliação	Necessidade de Avaliação	Avaliação Necessária

Crivo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninas de 9 a 12 anos de idade

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Tremida	P	3
	Linha Pesada	P	1
	Dificuldade de Integração	P	1
	Figura Baixa	P	1
	Transparência	P	2
Cabeça	Adaptação do Cabelo	N	3
	Penteado	N	3
	Ênfase da Face	P	1
	Boca Cortada	P	3
Tronco e Membros	Dedos Juntos	P	2
	Problema de Representação de Roupas	P	1

Manual de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninas de 9 a 12 anos de idade

	Item	Descrição
Aspectos gerais do desenho	Linha Tremida	Registra-se "P" quando forem encontradas linhas com tremores.
	Linha Pesada	Marca-se "P" para desenhos com linhas pesadas, grossas, reforçadas.
	Dificuldade de Integração	Pontua-se "P" quando uma ou mais partes não estão unidas ao resto da figura ou uma das partes está unida apenas por uma linha.
	Figura Baixa	Registra-se "P" quando a distância entre o ponto superior e o ponto inferior da figura for menor que a linha 2 (utilizando o protocolo apropriado para cada idade). Acessórios da roupa como chapéus e sapatos devem ser incluídos na medida, entretanto, outros objetos (bolsa, pastas, bola de basquete, mochila) não são incluídos. Em todos os casos o protocolo deve estar alinhado com a página (não rotado).
	Transparência	Marca-se "P" quando qualquer parte do corpo pode ser vista através das roupas ou de outra parte do corpo.
Cabeça	Adaptação do Cabelo	O cabelo deve estar em contato com a cabeça. Marca-se "N" quando isso não ocorrer.
	Penteado	Considera-se qualquer tentativa de representar um corte ou penteado. Quando isso não ocorrer registra-se com "N".
	Ênfase da Face	Marca-se "P" quando houver excessiva ênfase na face caracterizada por repasse ou tamanho aumentado dos lábios, nariz ou olhos, em relação ao resto do desenho. Pontua-se quando o desenho for pobre e houver bastante detalhamento em todo o conjunto da face. A face deve ser marcadamente diferente do restante do desenho.
	Boca Cortada	Registra-se "P" quando a boca da figura for feita como uma linha reta ou corte.
Tronco e Membros	Dedos Juntos	Pontua-se "P" quando os dedos forem desenhados sem possibilidade de movimento, delimitados por uma linha única. Não se pontua no caso de apenas o polegar estar afastado.
	Problema de Representação de Roupas	Pontua-se "P" quando não houver qualquer representação de roupa. Considera-se representação de roupa uma fileira de botões, um chapéu ou ambos.

Protocolo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninos de 6 a 8 anos de idade

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Data de Aplicação: _____

Avalie os itens abaixo, com base no Manual de Apuração, marcando "P" (positivo) ou "N" (negativo) para cada item.

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Pesada		
	Uniões		
	Dificuldade de Integração		
	Falha na Integração		
	Figura Pequena		
	Figura Baixa		
Cabeça	Transparência		
	Ênfase Cabelo/Pelo		
	Adaptação do Cabelo		
	Ênfase do Queixo		
	Pescoço em Duas Dimensões		
Tronco e Membros	Omissão do Pescoço		
	Problema no Tronco		
	Braços em Duas Dimensões		
	Omissão dos Dedos		
	Garras		
	Proporção dos Membros		
	Pés em Duas Dimensões		
	Cintura		
Roupa Feminina			
Σ Total			

Classificação

()	()	()	()	()
0-6	7	8	9-11	12 >
Sem indicação para avaliação	Sugestão de entrevista	Indicação para avaliação	Necessidade de Avaliação	Avaliação Necessária

Crivo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninos de 6 a 8 anos de idade

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Pesada	P	1
	Uniões	N	1
	Dificuldade de Integração	P	1
	Falha na Integração	P	1
	Figura Pequena	N	2
	Figura Baixa	N	1
	Transparência	P	1
Cabeça	Ênfase Cabelo/Pelo	P	1
	Adaptação do Cabelo	N	1
	Ênfase do Queixo	P	2
	Pescoço em Duas Dimensões	N	1
	Omissão do Pescoço	P	1
Tronco e Membros	Problema no Tronco	P	1
	Braços em Duas Dimensões	N	1
	Omissão dos Dedos	P	2
	Garra	P	3
	Proporção dos Membros	N	1
	Pés em Duas Dimensões	N	1
	Cintura	N	3
	Roupa Feminina	P	2

Manual de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninos de 6 a 8 anos de idade

	Item	Descrição
Aspectos gerais do desenho	Linha Pesada	Marca-se "P" para desenhos com linhas pesadas, grossas, reforçadas.
	Uniões	Os pontos de união das linhas devem encontrar-se sem tendência a se cruzar, sem espaço entre as extremidades, considerando o desenho como um todo. A correção deve ser rigorosa. Pontua-se "N" caso o desenho não apresente essas características.
	Dificuldade de Integração	Pontua-se "P" quando uma ou mais partes não estão unidas ao resto da figura ou uma das partes está unida apenas por uma linha.
	Falha na Integração	É pontuado "P" se qualquer dos seguintes itens está presente, mas não há união: A) Cabeça unida ao pescoço ou ao topo do tronco; B) Dois braços (um se de perfil) unidos à metade superior do tronco (acima da metade superior da medida vertical do tronco ou do vestido). Considera-se tronco a porção que se estende da parte superior, onde encontra a cabeça ou o pescoço, até o limite inferior, onde estão as pernas ou o espaço entre as pernas; C) Duas pernas (uma se de perfil) unidas ao limite inferior do tronco (abaixo da metade inferior da medida vertical do tronco ou do vestido).
	Figura Pequena	Marca-se "N" quando a figura não se encaixar completamente na caixa 4 (utilizando o protocolo apropriado para cada idade). Acessórios da roupa como chapéus e sapatos devem ser incluídos na medida, entretanto, outros objetos (bolsa, pastas, bola de basquete, mochila) não são incluídos. Em todos os casos o protocolo deve estar alinhado com a página (não rotado).
	Figura Baixa	A distância entre o ponto superior e o ponto inferior da figura é menor que a linha 2 (utilizando o protocolo apropriado para cada idade). Acessórios da roupa como chapéus e sapatos devem ser incluídos na medida, entretanto, outros objetos (bolsa, pastas, bola de basquete, mochila) não são incluídos. Em todos os casos o protocolo deve estar alinhado com a página (não rotado). Registra-se "N" quando isso não ocorrer.
	Transparência	Marca-se "P" quando qualquer parte do corpo pode ser vista através das roupas ou de outra parte do corpo.

Cabeça	Ênfase Cabelo/Pelo	Pontua-se "P" quando houver cabelos na cabeça, peito ou barba suíça, desde que desenhados com ênfase expressa por tamanho aumentado (ex: cabelo largo, maior do que o tamanho do rosto), penteado elaborado, com sombreado vigoroso (quando combinado com outros detalhes de maquiagem). Pontuar qualquer presença de cabelo no peito, barba, suíça (costeleta), bigode ou chapéu.
	Adaptação do Cabelo	O cabelo deve estar em contato com a cabeça. Marca-se "N" quando isso não ocorrer.
	Ênfase do Queixo	Pontuar "P" quando houver reforço, rasura, mudança no traçado ou proeminência do queixo, tamanho aumentado, quebra na linha ou repasse excessivo, diferente do restante do rosto. Observação: cuidar figuras de perfil.
	Pescoço em Duas Dimensões	É caracterizado por dois traços representando o contorno do pescoço como continuação da cabeça, ou do tronco ou de ambos. Registra-se "N" quando isso não acontecer.
	Omissão do Pescoço	Pontua-se "P" quando o pescoço não for desenhado.
Tronco e Membros	Problema no Tronco	Marca-se "P" quando o tronco for representado por duas linhas paralelas contínuas que vão da cabeça aos pés sem fechamento, tronco com abertura na parte de cima, sem pescoço, muito magro (ex: mais estreito que um braço ou perna) ou muito longo em relação ao resto do desenho, ou ênfase caracterizada por contorno duplo ou confuso.
	Braços em Duas Dimensões	Cada um dos braços é representado por mais de uma linha. Quando isso não ocorrer, marca-se "N".
	Omissão dos Dedos	Registra-se "P" quando a figura não possuir dedos. Qualquer tentativa de representação dos dedos não deve ser pontuada como omissão.
	Garras	Pontua-se "P" quando as mãos são representadas como garras.
	Proporção dos Membros	Os braços e pernas devem ser representados em duas dimensões, serem mais compridos do que largos. É considerada uma proporção adequada mesmo quando as pernas estão ocultas por vestido ou saia. Registra-se "N" quando não houver adequada proporção.
	Pés em Duas Dimensões	São pés que se estendem em uma direção a partir dos calcanhares e mostrando-se mais compridos do que largos, ou pés desenhados em perspectiva. Pontua-se "N" quando isso não ocorrer.
	Cintura	Pontua-se "N" quando não for indicada a presença da cintura, quer exista um cinto ou não.
	Roupa Feminina	Pontua-se "P" quando qualquer representação de vestido, ou saia, ou modelo de calça feminina estiverem presentes.

Protocolo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninos de 9 a 12 anos de idade

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Data de Aplicação: _____

Avalie os itens abaixo, com base no Manual de Apuração, marcando "P" (positivo) ou "N" (negativo) para cada item.

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Fina		
	Assimetria das Extremidades		
	União dos Membros		
Cabeça	Cabelo		
Tronco e Membros	Tronco em Duas Dimensões		
	Presença de Ombros		
	Forma dos Ombros		
	Omissão das Mãos		
	Forma dos Dedos		
	Ênfase nos Dedos		
	Dedos Juntos		
	Omissão da Cintura		
	Proporção dos Membros		
	Proporção entre Pernas e Tronco		
	Pés em Duas Dimensões		
	Ênfase dos Pés		
	Omissão dos Pés		
	Sapato		
Problema de Representação de Roupas			
Σ Total			

Classificação

()	()	()	()	()
0-4	5	6	7-9	10 >
Sem indicação para avaliação	Sugestão de entrevista	Indicação para avaliação	Necessidade de Avaliação	Avaliação Necessária

Crivo de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninos de 9 a 12 anos de idade

	Item	Avaliação	Escore
Aspectos gerais do desenho	Linha Fina	P	3
	Assimetria das Extremidades	N	2
	União dos Membros	N	1
Cabeça	Cabelo	N	1
Tronco e Membros	Tronco em Duas Dimensões	N	2
	Presença de Ombros	N	1
	Forma dos Ombros	N	1
	Omissão das Mãos	P	1
	Forma dos Dedos	N	1
	Ênfase nos Dedos	P	1
	Dedos Juntos	P	2
	Cintura	N	3
	Proporção dos Membros	N	2
	Proporção entre Pernas e Tronco	N	1
	Pés em Duas Dimensões	N	1
	Ênfase dos Pés	P	1
	Omissão dos Pés	P	1
	Sapato	N	1
	Problema de Representação de Roupas	P	1

Manual de Apuração

Escala Clínica do Desenho da Figura Humana

Meninos de 9 a 12 anos de idade

	Item	Descrição
Aspectos gerais	Linha Fina	Pontua-se "P" caso o desenho apresente linhas muito finas ou muito fracas em pelo menos 50% do desenho.
	Assimetria das Extremidades	Registra-se "P" quando um braço ou perna difere marcadamente do outro na forma. Este item não se pontua quando os braços ou pernas tem o formato parecido, mas diferem um pouco em tamanho.
	União dos Membros	União dos braços e pernas no lugar correto. Pontua-se "N" quando não estiverem unidos no local correto.
Cabeça	Cabelo	Pontua-se "N" quando não houver qualquer representação de cabelo, ou chapéu ou gorro cobrindo o cabelo.
Tronco e Membros	Tronco em Duas Dimensões	O Tronco deve ser desenhado com duas linhas e ser mais comprido do que largo. Quando isso não ocorrer deve-se marcar "N".
	Presença de Ombros	Clara representação dos ombros de frente ou perfil. Quando isso não acontecer registra-se "N".
	Forma dos Ombros	Ombros bem indicados produzindo o efeito de cantos arredondados (não considerar o pescoço). Quando isso não ocorrer pontua-se "N".
	Omissão das Mãos	É pontuado "P" se não existem mãos ou dedos no final dos braços (mãos escondidas para trás da figura ou nos bolsos não são pontuadas).
	Forma dos Dedos	Os dedos deverão ter forma arredondada e o seu comprimento deve ser maior do que a largura. Quando isso não acontecer pontue "N". Faça esse registro também quando ocorrer dedos em forma de "garfos".
	Ênfase nos Dedos	Marca-se "P", quando acontecer de os dedos serem desenhados com linha mais pesada, quando forem muito longos, em garra, ou quando houver presença de unhas ou articulações.
	Dedos Juntos	Pontua-se "P" quando os dedos forem desenhados sem possibilidade de movimento, delimitados por uma linha única. Não se pontua no caso de apenas o polegar estar afastado.
	Cintura	Pontua-se "N" quando não for indicada a presença da cintura, quer exista um cinto ou não.

Tronco e Membros	Proporção dos Membros	Os braços e pernas devem ser representados em duas dimensões, serem mais compridos do que largos. É considerada uma proporção adequada mesmo quando as pernas estão ocultas por vestido ou saia. Registra-se "N" quando não houver adequada proporção.
	Proporção entre Pernas e Tronco	A distância da cintura até os pés tem que ser maior que o tronco, e não pode exceder ao dobro do comprimento do tronco. Quando isso não ocorrer deve-se registrar "N".
	Pés em Duas Dimensões	São pés que se estendem em uma direção a partir dos calcanhares e mostrando-se mais compridos do que largos, ou pés desenhados em perspectiva. Pontua-se "N" quando isso não ocorrer.
	Ênfase dos Pés	Marca-se "P" quando houver rasuras, pés muito longos ou muito curtos, mudança na linha ou sombreado. Não se pontua no caso da ênfase ser no sapato.
	Omissão dos Pés	Registra-se "P" quando a figura não possuir pés. Qualquer tentativa de representação de pés (incluindo um único pé) não deve ser considerada omissão.
	Sapato	Marca-se "N" quando não houver qualquer tentativa de representar um sapato.
	Problema de Representação de Roupas	Pontua-se "P" quando houver uma das duas opções: A) não há qualquer representação de roupa. Considera-se representação de roupa uma fileira de botões, um chapéu ou ambos; B) há representação de roupa, mas com presença de transparência (vestuário não é livre de transparência).

ANEXO 3 - FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento da Criança: _____ Escola que a criança Frequenta: _____

Grau de Parentesco do Respondente: _____ Com quem a criança mora? Descreva quem são as pessoas que residem na mesma casa que a criança: _____ _____ _____ _____ A criança tem irmão? () sim () não - Quais as idades? _____ Renda Familiar: _____ salários mínimos Responsáveis pela criança: Nome: _____ Parentesco: _____ Idade: _____ Profissão: _____ Nome: _____ Parentesco: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Abaixo serão enumeradas questões referentes à criança e ao contexto em que ela está inserida. Marque um **X** se houveram alguma dessas ocorrências:

QUESTÕES	NÃO	SIM
A criança trocou de escola no último ano		
A criança já teve alguma repetência escolar Quantas? _____		
Houve mudança no nº de pessoas que moram com a criança		
Houve mudança significativa na condição financeira da família		
Houve separação dos pais		
Após o nascimento da Criança a mãe apresentou diagnóstico de Depressão Pós-Parto		
Há histórico de diagnóstico de Psiquiátrico dos pais? Qual? _____		
A criança já sofreu algum tipo de acidente Qual? _____		
A criança possui algum tipo de doença crônica Qual? _____		
A criança toma medicação Qual? _____		

QUESTÕES	NÃO	SIM
A criança sofreu alguma intervenção cirúrgica Qual? _____		
Houve alguma perda de familiar significativa? Qual? _____		
A criança está em tratamento neurológico		
A criança está em tratamento/atendimento psicológico		
A criança está em acompanhamento pedagógico		
A criança está em atendimento fonoaudiológico		
A criança apresenta problemas de visão		
A criança apresenta problemas de audição		
A criança já apresentou convulsões		
A criança foi adotada		
A criança possui dificuldades na alimentação		
A criança possui dificuldades no sono		
A criança possui dificuldade no controle do xixi e cocô		
A criança possui dificuldades de relacionamento na escola		
A criança possui conduta agressiva		
A criança possui dificuldades de atenção		

A seguir, serão feitas algumas questões relacionadas à **prática de desenhar** da criança:

Com que idade a criança começou a desenhar? _____
Com que frequência a criança costuma desenhar em casa? _____
Quais dos seguintes materiais estão disponíveis em casa para a criança utilizar? () lápis de escrever/borracha () lápis de cor () hidrocor/canetinha
Que tipo de desenho a criança mais gosta de fazer? _____ _____
A criança frequenta alguma aula de artes/desenho fora da escola? () não () sim Qual? _____

Observações:

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu/Sua filho(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo “Estudos de Evidências de Validade e Fidedignidade da Escala Clínica do Desenho da Figura Humana”, realizada na Escala de Humanidades – Faculdade de Psicologia da PUCRS. O objetivo do estudo é auxiliar no processo de criação de uma Escala de Avaliação do Desenho da Figura Humana para identificação de problemas emocionais em crianças. A participação da criança pela qual você é responsável consistirá em uma breve avaliação realizada através da solicitação de dois desenhos, realizados em uma folha de papel A4. E a sua participação e no estudo referido será da seguinte forma: preenchimento de um questionário sobre os comportamentos de seu/sua filho(a).

Como participante da pesquisa, sua privacidade e de seu/sua filho(a) serão respeitadas, os nomes e qualquer outro dado que possam identificar serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa. As respostas presentes nos questionários e na atividade realizada não serão divulgadas, mas sim, serão transformadas em dados numéricos. Os dados numéricos serão submetidos a uma análise estatística. E os dados numéricos serão utilizados única e exclusivamente para fins científicos. A participação neste estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a produção de conhecimento científico.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são: Cristiane Friedrich Feil (contato: 51 9292 1780) e a professora Adriane Xavier Arteche (contato: 51 3320 7739) e com elas você pode manter contato para qualquer esclarecimento. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50, Sala 703 CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto Alegre – RS, também estará disponível pelo telefone (51) 3320- 3345 ou e-mail: cep@pucrs.br (segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30min às 17h).

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações relacionadas à pesquisa. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo. Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Porto Alegre, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Responsável pelo Participante da Pesquisa



Cristiane Friedrich Feil
Mestranda em Psicologia
PUCRS



Profa. Dra. Adriane Xavier Arteche
Orientadora
PUCRS