

**FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação de Mestrado

A APERCEPÇÃO FAMILIAR EM CRIANÇAS COM OU SEM
TRANSTORNOS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE,
TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO

MAURA MARQUES DE SOUZA NUNES

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Blanca Susana Guevara Werlang
Porto Alegre, março 2007**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A APERCEPÇÃO FAMILIAR EM CRIANÇAS COM OU SEM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE,
TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO**

Dissertação de Mestrado

MAURA MARQUES DE SOUZA NUNES

Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, março de 2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A APERCEPÇÃO FAMILIAR EM CRIANÇAS COM OU SEM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE,
TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO**

MAURA MARQUES DE SOUZA NUNES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^ª. Dr^ª. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, março de 2007.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N972a NUNES, Maura Marques de Souza
A Apercepção familiar em crianças com ou sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo. / Maura Marques de Souza Nunes. – Porto Alegre, 2007.
63 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang.

1. Psicologia Clínica. 2. Transtorno de Déficit de Atenção. 3. Transtorno de Conduta. 4. Transtorno Desafiador Opositivo. 5. Hiperatividade. 6. Teste Aperceptivo Familiar. 7. Ambiente familiar. I. Título.

**CDD 155.4
616.89**

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maura Marques de Souza Nunes

**A Apercepção Familiar em Crianças com ou sem
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade,
Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Presidente

Prof^a Dr^a Irani Iracema de Lima Argimon
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Prof^a Dr^a Luciana Castoldi
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Porto Alegre, março de 2007.

Dedico a presente dissertação aos meus pais, Léo e Neída, e a minha irmã, Paula, que sempre valorizaram as minhas conquistas e torceram por mim, e ao meu marido, Wagner, pela força, positividade, carinho e compreensão a mim dedicados, incansavelmente, durante esses dois anos de pesquisa.

*Como pode um homem fazer do mundo um lar?
Como e sob que aspectos ele deve lutar,
o que ele deve tentar mudar e superar dentro e fora de si mesmo
se quiser encontrar a segurança, as circunstâncias do amor,
o sossego da alma, o senso de identidade e honra,
que todos os homens têm em suas memórias ligados à idéia de família?”
(Miller, A. in Ackerman, N., 1986, p.38)**

* Ackerman, N. (1986). Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas.

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, contei com a colaboração, apoio e carinho de diversas pessoas, familiares, colegas de trabalho e estudo, professores e instituições, sem as quais a conclusão do mesmo não seria possível. Por essa razão, quero registrar meus agradecimentos sinceros.

Agradeço a minha família pelo amor e valorização a mim dedicados por todos esses anos. A meus pais que proporcionaram a base para a minha formação profissional, e a minha irmã, pelo exemplo de perseverança. Ao meu marido, Wagner, que durante esses anos de convivência e estudo, se mostrou um verdadeiro companheiro e admirador incondicional do meu percurso, em momentos sempre permeados com um bom-humor contagiante.

A minha orientadora, Dr^a Blanca Guevara Werlang, pelo convívio e ensinamentos sobre o que é ser uma pesquisadora. Obrigada pelo cuidado e exemplo de determinação e comprometimento, características que admiro e que nortearam o meu trabalho.

Aos integrantes do grupo de pesquisa '*Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos*', por todo apoio compartilhado. Em especial, às bolsistas de iniciação científica, cujo auxílio, dedicação e intenso trabalho viabilizaram o andamento dessa pesquisa. A Liza Fensterseifer, psicóloga e doutoranda do grupo, pela disponibilidade e apoio sincero durante o desenvolvimento e finalização da pesquisa. Também agradeço às psicólogas e colaboradoras do grupo Vivian Roxo Borges e a Samantha Dubugras Sá pela colaboração nesse estudo.

À doutoranda Maisa Rigoni e à professora Margareth Oliveira da Faculdade de Psicologia, da PUCRS, que colaboraram de forma preciosa com o meu trabalho. Ao professor João Feliz, da Faculdade de Matemática, da PUCRS, que me forneceu grande auxílio e disponibilidade no assessoramento da análise estatística dos dados de pesquisa.

À Direção da Escola Estadual de 1º e 2º Grau Paulo da Gama por permitir, no segundo e primeiro semestres de 2005 e 2006, respectivamente, a realização deste estudo nas dependências da instituição. Em especial, ao vice-diretor Ricardo Ferreira e a Lorena, psicóloga da escola, pelo acolhimento e disponibilidade constantes dedicados durante esse tempo. À Direção da Colégio Estadual Emílio Kemp, por viabilizar meu trabalho na instituição. Também, às demais escolas públicas que, indiretamente, cooperaram para a efetivação da pesquisa. Ainda, ao Serviço de Atendimento Psicológico – SAP, da PUCRS,

que disponibilizou suas dependências e pacientes em prol da pesquisa, especialmente à professora Márcia Lisboa dos Santos que possibilitou minha inserção no serviço.

A CAPES pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Agradeço também, a todos que se disponibilizaram a participar desta pesquisa – aos pais que a mim confiaram suas crianças, autorizando que seus filhos participassem da pesquisa e, especialmente, às crianças que, com sua inocência e espontaneidade, além da colaboração sincera ao meu trabalho, me ensinaram muito durante nossos peculiares encontros.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	09
LISTA DE TABELAS	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUÇÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO.....	13
1. ESTUDO TEÓRICO “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno de Conduta: Aspectos Familiares e Escolares”.....	14
Introdução.....	15
Transtornos de Conduta e de Déficit de Atenção/Hiperatividade.....	17
Ambiente Familiar e Escolar.....	19
2. ESTUDO EMPÍRICO “A Apercepção Familiar em Crianças com ou sem Transtornos Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo”.....	27
Introdução.....	28
Método.....	32
Delineamento	32
Amostra	32
Instrumentos.....	33
Procedimentos.....	36
Resultados.....	37
Discussão.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	55
Anexo 1 – Ficha de Dados Sociodemográficos.....	56
Anexo 2 – Carta aos pais ou responsáveis (estudantes do G1)	58
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudantes do G1)	59
Anexo 4 – Carta aos pais ou responsáveis (estudantes do G2)	60
Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudantes do G2)	61
Anexo 6 – Carta da Comissão Científica	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Definição operacional das categorias do sistema de categorização de respostas ao FAT	35
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA GERAL DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas, percentis obtidos no Teste de Inteligência de Raven e diagnóstico identificado no CBCL, do grupo G1 (n=16)	37
Tabela 2. Características sociodemográficas e percentis obtidos no Teste de Inteligência de Raven, do grupo G2 (n=16)	38
Tabela 3. Distribuição das frequências e porcentagens das categorias conflito e resolução de conflito, por lâminas do Teste FAT, nos grupos G1 e G2 (n=32)	39
Tabela 4. Distribuição das frequências e porcentagens das categorias imposição de limites, fronteiras e tipo de sistema, por lâminas do Teste FAT, nos grupos G1 e G2 (n=32)	40

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno de Conduta (TC) repercutem na vida da criança e do adolescente de forma invasiva, rompendo com o desenvolvimento esperado para esta faixa etária. Os prejuízos causados ocorrem em diversas áreas (relações interpessoais, inserção social) gerando problemas familiares e pessoais. Por outro lado, muitas circunstâncias familiares adversas podem estar associadas a problemas de comportamento nas crianças e adolescentes. Com base nisso, esta dissertação aborda estes tópicos em duas seções, uma teórica e outra, empírica. O estudo teórico, através de uma revisão da literatura, faz referência ao papel do ambiente familiar e escolar na formação dos sujeitos, tanto no aspecto psíquico, como social e emocional, tendo em vista o desenvolvimento global, saudável, da criança e do adolescente. Expõe as características associadas dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta, destacando os fatores do ambiente familiar e escolar que podem favorecer para acentuar ou minimizar as manifestações clínicas dos mesmos. O estudo empírico, responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, e teve como objetivo verificar se crianças que apresentam Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tendem a dar, quando testadas com o Teste de Apercepção Familiar (FAT), mais respostas que denotem a apercepção de um funcionamento familiar mais conflitivo ou disfuncional do que as respostas dadas por crianças sem estes transtornos. Participaram 32 crianças dos sexos masculino e feminino, com idades entre 06 e 11 anos, divididas em dois grupos (G1 clínico e G2 não clínico) de 16 sujeitos. Os instrumentos utilizados foram: uma ficha de dados sociodemográficos, a *Child Behavior Checklist* – CBCL, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial e o FAT. Os resultados mostraram associação significativa entre o tipo de grupo não-clínico e a categoria de resposta conflito para as lâminas 4 (da loja, $p=0,028$), 11 (do atraso, $p=0,017$) e 18 (da viagem, $p=0,003$). Constata-se nas lâminas 7 (da cozinha, $p=0,020$), 9 (das tarefas escolares, $p=0,019$), 11 (da hora de dormir, $p=0,031$) e 18 (da viagem, $p<0,001$), que o grupo não-clínico encontrou mais soluções positivas para seus conflitos, em comparação com o grupo clínico. Nos resultados para as categorias, imposição de limites, fronteiras e tipo de sistema não foi identificada associação com significância estatística.

Palavras-chave: Transtorno de Conduta; Transtorno Desafiador Opositivo; Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; Teste Aperceptivo Familiar; Ambiente familiar.

Área conforme classificação CNPq:

7.07.00.00-1 (Psicologia)

Sub-área conforme classificação CNPq:

7.07.01.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia)

ABSTRACT

The Hyperactivity/Attention Deficit Disorder (HADD) and the Behavior Disorder (BD) reflect on the life of the child and the adolescent in an invasive fashion, breaking up the expected development for that age range. The damages caused occur in several areas (social placement, interpersonal relations), generating family and personal problems. On the other hand, many adverse family circumstances may be associated to problems of child and adolescent behavior. Based on that, this thesis approaches these topics in two sections, theoretical and empirical. The theoretical study, through a revision of the literature, refers to the role of the family and school environment in the background of the subjects, in both the psychic and the social and emotional aspects, regarding the global, healthy development of the child and the adolescent. It lays out the features associated to the hyperactivity/attention deficit and behavior disorders, highlighting the factors within the family and the school environments that may favor the accentuating or the minimizing of their clinical manifestations. The empirical study responds to the research project that originated this thesis and aimed at checking whether children with Behavior Disorder, Oppositional Defiance Disorder and Hyperactivity/Attention Deficit Disorder, when tested against the Family Apperception Test (FAT), tend to provide more responses that denote the apperception of a more conflictive or dysfunctional family functioning than the responses given by children without these disorders. 32 male and female children, aged 06 to 11, divided into two groups (G1 clinical and G2 non-clinical) of 16 subjects participated. The instruments used were: a sociodemographical data file, the *Child Behavior Checklist – CBCL*, the Raven Color Progress Matrix Test – Special Scale and the FAT. The results show significant association between the non-clinical group type and the conflictive response category for pictures 4 (the shop, $p=0.028$), 11 (the delay, $p=0.017$) and 18 (the trip, $p=0.003$). Pictures 7 (the kitchen, $p=0.020$), 9 (school tasks, $p=0.019$), 11 (bed time, $p=0.031$) and 18 (the trip, $p<0.001$) prove that the non-clinical group found more positive solutions for their conflicts, as compared to the clinical group. In the results for categories, limit imposition, boundaries and kind of system, no association with statistical significance was found.

Key words: Behavior Disorder; Oppositional Defiance Disorder; Hyperactivity/Attention Deficit Disorder; Family Apperception Test; Family environment.

INTRODUÇÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado é uma produção decorrente de um projeto maior de pesquisa “Teste de Apercepção Familiar: Estudo de Fidedignidade e Validade”, previamente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS, financiado através do Edital Ciências Humanas CNPq, que objetiva criar subsídios para a adaptação do Teste de Apercepção Familiar (FAT) à realidade brasileira. O estudo foi desenvolvido no Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção Psicológica em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela Professora Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang, integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da PUCRS

Para realizar esta dissertação, foi elaborado, inicialmente, um projeto de pesquisa, intitulado “A Apercepção Familiar em Crianças com ou sem Transtornos Déficit de Atenção/Hiperatividade e de Comportamento Diruptivo”, aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS. A partir da execução do projeto, foram desenvolvidos dois estudos: um teórico, abordando o tema pesquisado e outro, empírico, decorrente do trabalho de campo realizado.

Para o estudo teórico foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de investigar e melhor compreender os fatores do ambiente familiar e escolar que podem estar associados ao desenvolvimento dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta, ou mesmo reforçando suas manifestações clínicas.

No estudo empírico, são apresentados os resultados da pesquisa desenvolvida a partir do objetivo de avaliar o tipo de respostas dadas ao Teste de Apercepção Familiar (FAT) por crianças entre 06 e 11 anos de idade que apresentam o diagnóstico de Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Para tanto, utilizou-se os seguintes instrumentos: uma Ficha de Dados Sóciodemográficos, o *Child Behavior Checklist* – CBCL, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e o Teste Aperceptivo Familiar – FAT.

Diante dessas considerações iniciais, os estudos possibilitaram, a partir de uma perspectiva teórica e empírica, uma contribuição no campo de estudo da família e da escola, assim como de transtornos, como o de déficit de atenção/hiperatividade, desafiador-opositivo e de conduta, tendo em vista a possibilidade de que aspectos do ambiente escolar e, especialmente, familiar, estejam associados a estes fenômenos tão delicados e complexos.

ESTUDO TEÓRICO

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
e Transtorno de Conduta: Aspectos Familiares e Escolares**

Introdução

A identificação de transtornos mentais na infância e na adolescência é fundamental para o processo de desenvolvimento pessoal. O tratamento em fase precoce e o adequado gerenciamento desses distúrbios no meio familiar e escolar podem possibilitar uma adequada evolução das habilidades e das potencialidades da criança e do adolescente, deixando pais e professores mais seguros na educação destes. Existem diversos transtornos mentais que, durante o desenvolvimento, podem interferir tanto na aprendizagem, quanto na socialização e formação da personalidade. Sabe-se que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno de Conduta (TC) repercutem na vida da criança e do adolescente de forma invasiva, rompendo com o desenvolvimento esperado para esta faixa etária. Os prejuízos causados ocorrem em diversas áreas – relações interpessoais, inserção social – gerando problemas familiares e pessoais, como baixa auto-estima, frustrações, sensação de inadequação, além de importantes problemas de adaptação ao ambiente acadêmico e de desempenho escolar.

O TDAH e o TC atingem um número significativo de crianças e adolescentes. Devido à dificuldade de compreender e lidar com estes transtornos, muitas vezes, essa população é estigmatizada no ambiente escolar, sendo considerados como alunos-problema. Mais, ainda, como aqueles que não querem aprender, que atrapalham a dinâmica de sala de aula e culpados por tudo o que acontece. Aliado a isso, muitos enfrentam conflitos com a família, caracterizando um grupo de risco para comportamentos desviantes mais graves. Assim, podem ser rejeitados e não receber a atenção necessária para que progredam positivamente na trajetória pessoal e escolar. Torna-se imprescindível viabilizar o acesso a informações precisas a respeito desses transtornos, desenvolvendo um trabalho conjunto com as famílias e as escolas no que se refere à identificação de sintomas e ao tratamento adequado a estas crianças e adolescentes.

A família é o espaço primordial para o desenvolvimento humano, inaugurando um espaço de existência não só biológica, mas fundamentalmente psíquica. É o ambiente em que a criança em desenvolvimento se constitui sujeito, com identidade peculiar, suscetível às coisas do mundo, às relações, aos prazeres, às adversidades. É dela que a criança depende, desde o nascimento, tanto para a sua sobrevivência, no atendimento de suas necessidades básicas, quanto para um adequado desenvolvimento emocional e psicossocial. Toda família constrói um jeito de ser, a partir da forma como se desenrolam as relações entre seus membros, como circula o afeto, a comunicação e como lidam com as adversidades da vida. Podem ser mais flexíveis ou rígidas em seu funcionamento, aspectos

que virão caracterizá-la como mais saudável ou disfuncional. A criança, envolvida no seu contexto, lança um olhar particular a sua família, na qual um padrão de conduta (relacionamento interpessoal, enfrentamento e resolução de problemas) se apresenta tornando-se parte de uma trajetória singular. Tais componentes interacionais, aliados às características da criança, poderão predizer um desenvolvimento adequadamente saudável ou com alguma manifestação clínica. Sabe-se que comportamentos externalizantes caracterizados por hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão e até manifestações anti-sociais desenvolvem-se, com frequência, em contextos de adversidade ambiental, nos quais a família se insere.

A escola, por outro lado, como instituição de ensino, e as ações pedagógicas dos professores devem voltar-se para a formação de sujeitos ativos, reflexivos e participativos, visando ao bem-estar, à saúde e ao desenvolvimento global do aluno. Assim, não é possível separar os aspectos cognitivos, emocionais e sociais presentes nesse processo de formação. A função da escola e dos professores é educar, trabalhando em conjunto com a família, despertando e desenvolvendo, no aluno, competências e habilidades cognitivas e sociais. Já o papel da família é fundamental para a inserção da criança na escola, pois é a ela que cabe, desde cedo, a decisão sobre o que seus filhos precisam aprender e quais as instituições que devem frequentar. Sabe-se que a convivência e o relacionamento familiar são fatores primordiais para o desenvolvimento individual, para a inserção da criança no universo coletivo e para sua adaptação ao ambiente escolar. O relacionamento com os professores e a convivência com os colegas também são fatores decisivos para o seu desenvolvimento social. Entender o indivíduo como parte de um sistema, com elementos que interagem entre si, influenciando cada parte e sendo por ela influenciado, traz uma luz à compreensão acerca do desenvolvimento sadio ou disfuncional do ser humano, contribuindo para a reflexão sobre os contextos familiar e escolar, que tanto podem ser elementos de acolhimento, inclusão e segurança, como também fontes de sérios conflitos.

Diante desses aspectos, este estudo teórico tem como objetivo realizar uma revisão teórica a respeito dos fatores do ambiente familiar e escolar que podem estar associados ao desenvolvimento dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta, ou mesmo reforçando suas manifestações clínicas. Pretende-se colaborar com informações referentes aos transtornos e à importância da família e da escola para um adequado desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, para um melhor gerenciamento das manifestações clínicas abordadas, sem desconsiderar a importância dos demais fatores associados ao desenvolvimento das mesmas.

Transtornos de Conduta e de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Entre 5% e 15% das crianças na primeira infância e 10% e 20% dos adolescentes, apresentam problemas emocionais ou de conduta importantes (Lópes, 2004). Tal incidência é preocupante quando se pensa nas repercussões desses problemas para o desenvolvimento pessoal, a partir do sofrimento vivenciado. Na escola, são crianças que tendem a ser excluídas ou mal compreendidas devido à dificuldade de lidar com os sintomas do transtorno.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem uma prevalência maior no sexo masculino e caracteriza-se por sintomas como hiperatividade e impulsividade, com ou sem desatenção, ou somente por aspectos de desatenção inapropriados à idade. O diagnóstico é norteado por um padrão persistente de sintomas, que iniciam geralmente antes dos sete anos de idade, causando significativo prejuízo escolar, social e ocupacional. São manifestações deste transtorno a desatenção (falta de atenção a detalhes, trabalho confuso, dificuldade em manter atenção em atividades e de persistir nessas até o final, dificuldade de concentração e organização, falta de cuidado com seus materiais de trabalho, dificuldade em atender solicitações ou instruções), a hiperatividade (inquietação, correr ou locomover-se de forma excessiva inapropriadamente, falar demais, dificuldade em participar de atividades sedentárias) e a impulsividade (impaciência, dificuldade para protelar respostas ou aguardar a sua vez, intromissão nos assuntos alheios, comentários inoportunos, desobediência a instruções, pegar objetos alheios, envolvimento em atividades perigosas devido ao sintoma). O TDAH pode se manifestar com um padrão predominantemente desatento, ou predominantemente hiperativo-impulsivo, ou através do tipo combinado, com ambos os padrões sintomáticos (Niederhofer, Hackenberg & Lanzendorfer, 2004).

As crianças e adolescentes com TDAH, geralmente, são instáveis emocionalmente, agindo de forma impulsiva e irritadiça, podendo apresentar dificuldades em participar de atividades em grupo, falhas na produtividade e prejuízos no funcionamento acadêmico e social. A sensação de inadequação, baixa auto-estima e adversidades no grupo social são comuns em crianças com TDAH, o que provoca infelicidade e frustração, podendo gerar comportamentos autodestrutivos ou autopunitivos (DSM-IV-TR, 2002).

Para confirmar o diagnóstico de TDAH, é necessário que os sintomas característicos deste transtorno sejam freqüentes e se manifestem em mais de um contexto social. Ocorrendo somente em um ambiente, podem ser manifestações representativas de uma situação familiar caótica ou de um método de ensino inadequado (Rohde & Halpern,

2004). Muitas vezes, pode ocorrer que a criança e o adolescente, com este transtorno, consigam ficar, por um bom tempo, quietos e atentos, como por exemplo, frente a um programa de televisão ou diante do computador, o que pode ser explicado pelo fato de que a atenção e o controle motor estão também ligados à motivação, despertada por atividades consideradas interessantes, ou por tratar-se de atividades individualizadas, com estímulos reduzidos em torno do indivíduo. É importante ressaltar que nem sempre a presença de manifestações como desatenção, hiperatividade ou impulsividade confirmam a presença de um diagnóstico de TDAH, podendo estar denunciando a ocorrência de outros problemas.

Estudos estimam que a frequência do TDAH se situe entre 3% e 6% em crianças em idade escolar, sendo este um dos motivos de maior procura de atendimento em clínicas de saúde mental. A prevalência é maior no sexo masculino. Ainda, praticamente 50% das crianças que têm TDAH, apresentam, também, transtorno desafiador opositivo ou transtorno de conduta. Porém, é importante diferenciar o comportamento opositivo de uma criança com TDAH, de uma atitude de não submissão às exigências dos outros. A criança e o adolescente com TDAH, muitas vezes, resistem à execução de uma tarefa solicitada, como uma defesa, devido a sua dificuldade em desempenhá-la bem. Os sintomas do TDAH podem entrar em remissão na puberdade, ou persistirem até a adolescência, sendo possível, em alguns casos, evoluir para um transtorno de conduta, ou persistir na vida adulta (DSM-IV-TR, 2002; Faraone et al, 2003). Sabe-se ainda, conforme Lopes, Nascimento & Bandeira (2005), que aproximadamente 67% das crianças e adolescentes com TDAH ingressarão na vida adulta ainda com alguns sintomas do transtorno, tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, se não tratadas adequadamente.

O Transtorno de Conduta (TC) está associado a disfunções pessoais, familiares, sociais e acadêmicas (Serra-Pinheiro, Guimarães & Serrano, 2005), assim como a um mau prognóstico para a vida adulta, apresentando alto risco para depressão, tentativas de suicídio (Capaldi, 1992), abuso de substâncias e complicações legais (Tremblay, 1994). Este transtorno caracteriza-se por um padrão persistente de comportamento, no qual há importantes violações de normas sociais ou direitos alheios. Estas manifestações concentram-se em quatro grupos de sintomas: atos agressivos a pessoas e/ou a animais; ações que provocam danos e/ou destruição de patrimônio; defraudação ou furto e sérias violações de regras e normas. Este comportamento pode expressar-se em hostilidade, provocações, agressão física e comportamento cruel com pessoas e animais. Crianças e adolescentes com esse transtorno podem ser verbalmente abusivas, impudicas, manipuladoras, desafiadoras e negativistas em relação aos adultos. São comportamentos

comuns encontrados no ambiente escolar: mentiras, falta às aulas e vandalismos. As manifestações das condutas são variadas e estáveis, especialmente na família, escola e comunidade. Três ou mais comportamentos, dos referidos, devem ter estado presentes nos últimos 12 meses ou, ao menos, um deles nos últimos 6 meses, para caracterizar o transtorno. As crianças e os adolescentes sofrem sérios prejuízos sociais e interpessoais com este tipo de manifestação psicopatológica, pois não conseguem desenvolver vínculos e, raramente, sentem-se culpadas ou responsabilizam-se pelo seu comportamento (Gorman & Loeber, 2005).

O TC se desenvolve, mais comumente, em meninos, mas também ocorre em meninas. Geralmente é diagnosticado antes dos 18 anos, podendo os sintomas ter início na infância (antes dos 10 anos), ou na adolescência (após os 10 anos). Quanto mais cedo iniciarem os comportamentos característicos, pior é o prognóstico, pois, nesse caso, a propensão é de que persista o transtorno até a adolescência, com probabilidade de evoluir para transtorno anti-social na adultez (DSM-IV-TR, 2002).

Ambiente Familiar e Escolar

A família é a unidade básica de experiência e crescimento, desempenho ou falha, saúde ou doença (Ackerman, 1986). As funções da família têm dois objetivos, um interno e outro externo: o primeiro tem relação com a função de proteção de seus membros; o outro, com a acomodação a uma cultura e sua transmissão, tornando-se a matriz do desenvolvimento psicossocial de seus integrantes. Compreendendo a família como um sistema, a abordagem dos problemas individuais tem como enfoque o relacionamento da pessoa e seu sistema familiar (Foley, 1990). Em famílias saudáveis, segundo Gameiro e Sampaio (1985), as regras, os padrões e as fronteiras servem de guia para o crescimento grupal e individual, viabilizando que percorram seu ciclo vital (nascimento de filhos, educação e crescimento desses, adolescência e saída de casa, casal novamente só, velhice e morte), livres para mudar e adaptar-se. Já em famílias disfuncionais, tais regras são usadas para inibir a mudança e manter o *status quo*. Nesse caso, as fronteiras podem ir de um extremo ao outro, podendo ser difusas (emaranhadas) ou rígidas demais (desligadas) (Minuchin, 1982). Assim, o comportamento de um indivíduo na família está relacionado ao comportamento dos outros e dele depende, e os padrões de interação transcendem à qualidade dos membros individuais (Werlang, 2000). A qualidade da estabilidade das relações familiares é determinada pela interação dos membros da família em seus respectivos papéis, afetando a capacidade de lidar com o conflito familiar e restaurando o

equilíbrio após um transtorno emocional, o que caracteriza a flexibilidade de adaptação às mudanças. Quando há falha em encontrar uma solução efetiva para o conflito, pode ocorrer o colapso adaptativo de um indivíduo e doença emocional, caminho inverso ao crescimento (Ackerman, 1986).

A importância da comunicação no contexto familiar é fundamental para o crescimento emocional de uma criança. A inconstância do comportamento dos pais leva, conseqüentemente, a uma inconstância no comportamento dos filhos. Famílias saudáveis, disfuncionais ou gravemente comprometidas, naturalmente, desenvolverão indivíduos com um padrão de funcionamento coerente ao vivido na sua matriz familiar, levando para sua vida ou sérias dificuldades ou padrões adequados de interação e vinculação. Em famílias funcionais, há envolvimento, respeito, aceitação das diferenças, compartilhamento de liderança por parte dos pais, encorajando a autonomia pessoal dos indivíduos. As diferenças são resolvidas com negociação, e os sentimentos expressos abertamente. Famílias com alguma disfuncionalidade, falhas na interação conjugal podem manter certo nível de relacionamento parental, possibilitando um desenvolvimento sem muitas dificuldades. No entanto, se a disfunção é crônica, com disputa de poder e submissão de um dos cônjuges, os filhos podem desenvolver desordens de conduta, pois dependem exclusivamente do membro dominante, levando, para sua vida social, problemas com figuras de autoridade. Famílias caóticas ou gravemente disfuncionais são desorganizadas e não conseguem cumprir suas tarefas, isolando-se do resto da comunidade. Os indivíduos que nelas se desenvolvem são incapazes de serem autônomos, livres, ou constituírem relacionamentos íntimos e dividir o poder (Cruz & Ramos, 2002). As dificuldades escolares e os transtornos psiquiátricos, então, encontram terreno.

Por outro lado, alguns aspectos da vida familiar podem ser protetores no desenvolvimento infantil, como calor humano e coesão familiar, proximidade com irmão ou avós, adequada supervisão parental, boa relação com, pelo menos, um dos pais, harmonia e apoio conjugal, participação nas atividades da criança, habilidade no manejo do estresse, adaptação à mudança, capacidade de expressar sentimentos e disponibilidade a sistemas de apoio (De La Barra, Toledo & Rodríguez, 2002; Niederhofer et al., 2004). Assim, o ambiente familiar é um sistema em constante transformação, assegurando, se saudável, um equilíbrio dinâmico (diferenciação individual e coesão grupal), tornando-se fundamental para o desenvolvimento global da criança.

No que se refere ao ambiente escolar, sabe-se que este propicia o primeiro grupo social no qual a criança se insere após a família, daí sua importância no processo de

desenvolvimento individual e social. Torna-se um ambiente de referência para o indivíduo desde muito cedo, tanto no sentido educacional, quanto afetivo, pois é lá que as identificações e demais vínculos seguirão em formação, sedimentando o desenvolvimento psicológico, social e emocional iniciados na família. A forma como as relações com seus pares e professores se estabelecem, e como o ambiente lida com suas manifestações comportamentais ou afetivas serão fundamentais para que a criança siga um desenvolvimento saudável, ou com alguma manifestação clínica. A escola, através do sistema educacional adotado, certamente pode interferir reforçando, ou não, algum desvio, mas também pode contribuir, através de um manejo adequado, com a reversão de alguma sintomatologia e, até mesmo, conduzindo a um melhor prognóstico para a vida adulta.

O desempenho escolar depende de diferentes fatores: características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade dos pais, presença dos pais e interação dos mesmos com escola e deveres) e do próprio indivíduo. O TDAH, especialmente o tipo desatento, está relacionado com um mau desempenho escolar e, portanto, crianças e adolescentes com este distúrbio são um grupo de risco para a repetência. Muitas vezes, crianças e adolescentes com este transtorno, têm dificuldade de realizar sozinhas suas tarefas, principalmente quando o número de alunos em sala de aula é expressivo, necessitando serem constantemente lembradas sobre o que tem a fazer, precisando de um atendimento mais individualizado (Pastura, Mattos & Araújo, 2005).

Segundo Rohde & Benczik (1999) aproximadamente de 25 a 30 % das crianças e adolescentes com TDAH têm problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. Crianças pré-escolares, de 3 a 6 anos apresentam mais sintomas de hiperatividade associados a dificuldades em tolerar limites e frustrações. Já escolares têm sintomas relacionados à desatenção, hiperatividade e impulsividade. No entanto, no adolescente há mais evidência de desatenção e impulsividade. Assim, uma abordagem múltipla ao transtorno, com intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, parece mais aconselhável, viabilizando à família e à escola informações claras e precisas sobre o transtorno. No âmbito escolar, as intervenções devem ter o foco no desempenho escolar, orientando os professores quanto à necessidade de uma sala bem estruturada, com rotinas diárias previstas, sem estímulos distrativos e com estratégias de ensino ativas, não muito longas, individualizando, dentro do possível, o atendimento ao aluno com TDAH.

De forma semelhante, a criança ou adolescente com problemas de conduta também atravessam muitas dificuldades no ambiente escolar, tanto devido às manifestações clínicas do transtorno, quanto aos sentimentos que mobilizam nos colegas e professores. A criança

resiste em freqüentar a escola, tem manifestações agressivas verbais ou físicas para com os colegas e professores, desobedece muito, destrói objetos, tem condutas explosivas, entre outras. Seu comportamento cria muitas dificuldades de convivência, tanto devido ao clima gerado na aula, quanto ao próprio processo de ensino e aprendizagem da turma (Lópes, 2004). Problemas externalizantes antecedem as dificuldades escolares, mas também podem ser exacerbados por elas.

É importante entender que o rendimento, na vida escolar e nos demais aspectos da vida, somente pode ser explicados a partir de uma perspectiva global que considere, além das capacidades inteligentes de caráter instrumental do ser humano, o manejo das emoções e das relações sociais. Assim são fundamentais ações preventivas de apoio e orientação junto à escola, na tentativa de encontrar soluções em conjunto para os conflitos entre os professores e os alunos com o TC, buscando formas mais adequadas de manejar as dificuldades do aluno. Quanto mais cedo o transtorno for identificado, maior oportunidade terá o aluno de beneficiar-se com ações preventivas, que devem ocorrer, também, junto à família (Bordin & Offord, 2000).

Muitas circunstâncias familiares adversas crônicas podem estar associadas a problemas de conduta ou a outras desordens emocionais, nas crianças e adolescentes como, por exemplo, enfermidade mental dos pais, discórdia marital, falecimentos, separações, reconstituições familiares, famílias uniparentais ou numerosas, abandono emocional por parte dos cuidadores, maus tratos, abuso emocional, até mesmo comportamento suicida dos pais (De La Barra et al., 2002), entre outras. Ainda, sabe-se que transtornos de comportamento e dificuldades escolares parecem ocorrer com maior freqüência em famílias que apresentam alguma disfuncionalidade, nas quais há constante luta pelo poder e dificuldades para estabelecer limites. Estudos realizados em diversos países analisaram a associação entre ambiente familiar disfuncional e problemas de comportamento em crianças (Serra-Pinheiro, Guimarães & Serrano, 2005). Vários indicadores foram identificados como agressão física à criança, ameaça, relacionamento distante entre os pais e a criança, conflitos entre os pais e a criança, famílias impulsivas e agressivas, alcoolismo, má integração familiar e social, rechaço, irresponsabilidade no cuidado e atenção.

Da mesma forma, mudanças na estrutura familiar contribuem para mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos de seus membros. Assim, perturbações de personalidade e distúrbios na adaptação social podem ser mais bem entendidos como um padrão influenciado pelos efeitos recíprocos da interação familiar. O comportamento desviante passa a ser visto como a expressão funcional de interação emocional em relações

significativas, processo bidirecional, moldando sentimentos e ações (Ackerman, 1986). São ambientes familiares, muitas vezes, caracterizados por práticas violentas de agressão, falta de afeto materno e conflitos entre os pais (Ferreira & Marturano, 2002).

Considerando os aspectos mencionados, um estudo que se propôs investigar as diferenças entre as práticas educativas adotadas por mães de crianças, com ou sem problemas de comportamento externalizante, em Pelotas/RS, demonstrou que as mães do grupo clínico (com problemas de comportamento) relataram utilizar, com mais frequência, estratégias educativas com força coercitiva do que as do outro grupo. Tais práticas coercitivas envolveriam privação emocional, ameaça de abandono, coação física e punição (Alvarenga & Piccinini, 2001). Outro estudo, realizado com crianças escolares brasileiras de 4 e 5 anos e suas mães, buscou prever comportamentos de externalização e internalização infantis, analisando a relação conjugal e os estilos parentais. Os resultados demonstraram que tanto o estilo autoritário materno, quanto a atitude conjugal conflituosa são fatores de risco para comportamentos de externalização (Oliveira et al, 2002).

Em resposta a estresses internos e externos, crianças e adolescentes podem desenvolver um TC que, também, pode estar associado a uma multiplicidade de fatores estressores ou vulnerabilidades biopsicossociais. Entre os fatores ambientais e familiares, situam-se: punição severa à agressividade da criança; tensão entre os pais; condições domésticas caóticas e negligentes, situação em que a criança não consegue desenvolver uma tolerância à frustração; métodos falhos na educação da criança; pais anti-sociais ou psicóticos; reforço negativo ao comportamento desviante; abuso infantil; abuso de substâncias; privação socioeconômica; situações em que as crianças adotam os valores de sua própria subcultura (Mcardle, O'brien & Kolvin, 2002; Perepletchikova & Kazdin, 2004). Geralmente, pais de crianças com o transtorno disruptivo, no qual se inclui o TC, apresentam excessiva preocupação com questões de poder, controle e autonomia (pais passivo-agressivos e mães controladoras e deprimidas), podendo, até mesmo, apresentar um transtorno de personalidade anti-social ou abuso de substâncias (Loukas, Zucker, Fitzgerald & Krull, 2003; Serra-Pinheiro et al., 2005). Há casos, também, em que essas crianças foram filhos indesejados.

Estudos sugerem que *status* socioeconômico e problemas de comportamento apresentam uma relação mediada por processos de socialização, nos quais a punição, modelos adultos agressivos e estressores incidentes sobre a família estão presentes (Ackerman et al., 1999). Crianças maltratadas na família podem tornar-se violentas e abusivas, repetindo um comportamento testemunhado, seja por modelagem ou por

identificação, assim como agressividade e discórdia parental, dentro de uma família, podem estar associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento, até mesmo, delinquentes (Mcardle et al., 2002). A agressividade pode surgir como uma tentativa de resolver os conflitos ou, simplesmente, como resultado de uma interação dinâmica entre pessoas que desempenham diferentes papéis, o de agressor e o de vítima. Assim, desenvolve-se um padrão de funcionamento familiar que perpetua um estilo relacional que acompanhará o indivíduo durante sua vida.

No que se refere à instabilidade familiar, esta pode ser definida como um conjunto de eventos que envolvem contínuas mudanças e falta de coesão na vida familiar da criança, como várias mudanças residenciais, relacionamentos íntimos múltiplos do adulto com envolvimento nos cuidados primários à criança, número de familiares com quem a criança mora, entre outros. Há estudos que associam o comportamento delinquentemente de uma criança como resposta às expectativas inconscientes dos pais. Estes podem adotar padrões de disciplinas excessivamente rígidos ou, até mesmo, inconsistentes, ou sem controle algum (Pereplechikova & Kazdin, 2004). O vínculo existente, por exemplo, entre os pais de um adolescente com algum distúrbio de conduta é, desde a infância, poderoso e caótico, caracterizando uma incoerência de conduta, ou seja, passam da passividade ou submissão à agressividade ou rejeição. Baseados em alguns autores, Outeiral & Felipe (2002) referem que o pai se apresenta, muitas vezes, ausente, distante ou desvalorizado, e a mãe, um caráter de superproteção e engolfamento.

Sabe-se, atualmente, que a origem do TDAH é multifatorial, associando-se tanto a variáveis ambientais, quanto clínicas, ou com base neurobiológica (Castellanos & Tannock, 2002). Muitas pesquisas sugerem a existência de componentes genéticos (hereditariedade), apontando que 25% dos familiares, em primeiro grau, das crianças com o transtorno, também o têm. Mulheres com complicações na gravidez e no parto, e exposição a substâncias químicas, como chumbo, aumentam também as probabilidades de que a criança tenha o transtorno. Entende-se, no entanto, que os sujeitos que apresentam vulnerabilidade ao TDAH somente desenvolverão os sintomas se houver demanda ambiental maior (Mcardle et al., 2002; Rohde & Halpern, 2004).

Estudos demonstram que fatores psicossociais, como privação emocional prolongada, eventos psíquicos estressantes ou familiares, abuso ou negligência e múltiplos lares adotivos, entre outros, que induzem à ansiedade, podem estar relacionados ao desenvolvimento do transtorno (Dewolfe, Byrne & Bawden, 2000; Mcardle et al., 2002 DSM-IV-TR, 2002). Por outro lado, no caso de sintomas já existentes, alguns aspectos

familiares podem determinar a persistência ou, mesmo, o agravamento dos mesmos. Estes aspectos podem ser: funcionamento familiar caótico, elevada discórdia conjugal, baixa instrução materna, nível socioeconômico familiar inferior e famílias com somente um dos pais ou abandonada pelo pai. Agressividade elevada parece também fazer parte das interações familiares, contribuindo para comportamentos comuns ao TDAH – comportamento agressivo e de oposição desafiante (Rohde & Benczik, 1999).

Este estudo refere, ainda, um estilo parental permissivo também como conseqüência do transtorno, ao contrário de outras teorias que o situavam como causa do mesmo. É possível que a presença de uma sintomatologia mais intensa leve a mais dificuldades interacionais e alterações no estilo parental. Percebe-se, sim, que há uma relação de bastante dependência entre a criança com TDAH e seu cuidador, especialmente figura materna. Há uma tendência de que o cuidador proteja, em excesso, ou mesmo infantilize a criança, devido às dificuldades, problemas familiares e escolares apresentados desde tenra idade, decorrentes do transtorno. Muitas vezes, há conflitos entre os membros devido à divergência na forma de lidar com os comportamentos da criança, assim como intenso desgaste emocional. Entende-se que esses aspectos demonstram, de alguma forma, uma característica de funcionamento familiar anterior ao transtorno, revelando uma família com mais conflitos, falhas na comunicação, pouca coesão e relacionamentos menos saudáveis.

A partir do exposto, evidencia-se que tanto a família quanto o contexto escolar têm influência no desenvolvimento ou no controle de aspectos individuais relacionados aos transtornos mentais na infância e na adolescência. Problemas de conduta e de atenção/hiperatividade podem, a longo prazo, levar a sérias adversidades psicossociais para o sujeito, o que ratifica a necessidade de investimentos em intervenção junto a esses problemas, a fim de preveni-los, manejá-los e tratá-los.

Tanto a família quanto a escola, esta representada especialmente na figura dos professores e coordenadores pedagógicos, podem conter, ou mesmo minimizar, as conseqüências dos transtornos mentais desenvolvidos nas crianças e adolescentes, uma vez que servem de boas fontes de identificação para a modelagem de comportamentos saudáveis. O oposto também é esperado, quando estes contextos não conseguem manejar ou trabalhar tais conseqüências, reforçando, ainda mais, os conflitos de seus filhos e alunos. Muitas atitudes provenientes da família e da escola estimulam comportamentos inadequados, o que pode ocorrer através de disciplina inconsistente, pouca interação positiva, práticas educativas coercitivas, pouco monitoramento e supervisão insuficiente das atividades das crianças e adolescentes. Isso provoca um prejuízo nas suas interações, intolerância à

frustração, dificuldade em lidar com adversidades e expressar sentimentos e opiniões e, conseqüentemente, sérios problemas e dificuldades escolares.

É com a entrada da criança na escola, com suas exigências, rotinas e regras, que os quadros do TDAH e TC se tornam mais claros. Nesse sentido, o papel do professor torna-se fundamental, necessitando que busque maiores informações sobre os transtornos para melhor compreendê-los e encontrar formas mais adequadas de intervenção e trabalho junto aos alunos. Da mesma forma, os pais devem buscar informações nos meios disponíveis, assim como ajuda profissional, diante de manifestações e comportamentos que tragam dificuldades ao desenvolvimento de seus filhos, e também problemas familiares.

Diante disso, é importante que haja uma comunicação fluida entre pais e escola, visando a um trabalho em conjunto, com o objetivo de alcançar uma maior aprendizagem, qualidade de vida e um desenvolvimento saudável dos filhos/alunos. Salienta-se que nem a família, nem a escola, sozinhas, darão conta destas questões. É preciso, sem dúvida, um trabalho integrado, no qual a família possa estar inserida no contexto escolar, participando e acompanhando o crescimento das crianças e dos adolescentes, que carecem, na atualidade, de atenção e investimento adequados. Boa comunicação, atenção e afeto serão sempre norteadores para atitudes mais acertadas com relação às crianças e adolescentes com os transtornos analisados, os primeiros e mais importantes passos em direção às demais intervenções, visando ao alívio do sofrimento desses sujeitos e a um prognóstico mais favorável as suas questões.

ESTUDO EMPÍRICO

**A Apercepção Familiar em Crianças com ou sem
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta e
Transtorno Desafiador Opositivo**

Introdução

O homem é um ser de relações. Suas experiências e sua constituição são o resultado da interação com o ambiente, na medida em que ele influencia e é influenciado pelo seu contexto. Considerando que a família é a matriz e o ponto de partida para o desenvolvimento global do sujeito, em seus aspectos biopsicossociais, fica evidente sua importância para uma trajetória saudável da criança em constituição. Para Ackerman (1986), a família é a unidade básica de experiência e crescimento, desempenho ou falha, saúde ou doença.

A família funciona através de transações que, em repetição, fixam padrões de *como, quando e com quem* se relacionar, o que regula o comportamento de seus membros. Ela deve ser capaz de adaptar-se quando as circunstâncias mudam, sendo flexível em seus padrões transacionais, e acessível a outros padrões, respondendo a mudanças e reestruturando-se continuamente (Minuchin, 1982). Em famílias saudáveis, as regras e os padrões servem de guia para o crescimento grupal e individual, mudando e adaptando-se livremente, o que não ocorre em famílias disfuncionais, que se utilizam de tais regras para inibir a mudança (Gameiro & Sampaio, 1985). Famílias saudáveis, disfuncionais ou gravemente comprometidas, naturalmente desenvolverão indivíduos com um padrão de funcionamento coerente ao vivido na sua matriz familiar, o que fará com que cada membro leve para suas vidas sérias dificuldades ou padrões adequados de interação e vinculação (Cruz & Ramos, 2002).

Problemas de comportamento são o resultado das trocas contínuas entre as características da criança, as de seus cuidadores e de seu contexto social (Olson, Bates, Sandy & Lanthier, 2000). Muitas circunstâncias familiares adversas podem estar associadas a problemas de conduta nas crianças e adolescentes, tais como transtorno mental dos pais, discórdia marital, perdas, separações, reconstituições familiares, famílias uniparentais ou numerosas, abandono dos cuidadores, maus-tratos, abuso sexual, comportamento suicida na família (DeKlyen & Speltz, 2001; De La Barra, Toledo & Rodríguez, 2002; Feric, 2002; Menard, 2004). Problemas afetivos e de conduta, afirma López (2004), são muito comuns na infância, sendo que entre 5% e 15% das crianças na primeira infância, e 10% e 20% dos adolescentes, apresentam importantes problemas emocionais ou de conduta. Comportamentos externalizantes caracterizados por hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão, desafio e manifestações anti-sociais, podem ser desenvolvidos com frequência em contextos de adversidade ambiental (Ferreira & Marturano, 2002). Crianças e adolescentes com esses comportamentos sofrem rejeição

em seus ambientes sociais, assim como vivenciam conflitos familiares, fracasso escolar e dificuldades ocupacionais, além de caracterizarem um grupo de risco para comportamentos desviantes futuros (Cunningham & Boyle, 2002; Ferreira & Marturano, 2002; Ison & Morelato, 2002).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH tem uma prevalência maior no sexo masculino e caracteriza-se por sintomas como hiperatividade e impulsividade, com ou sem desatenção, ou somente por aspectos de desatenção, inapropriados à idade. O diagnóstico é norteado por um padrão persistente de sintomas, que inicia geralmente antes dos sete anos de idade, causando significativo prejuízo escolar, social e ocupacional. O TDAH pode se manifestar com um padrão predominantemente desatento, ou predominantemente hiperativo-impulsivo, ou através do tipo combinado, com ambos os padrões sintomáticos (DSM-IV-TR, 2002; Gadow et al., 2004; Niederhofer, Hackenberg & Lanzendorfer, 2004; Andrade & Moraes, 2005). Para confirmar o diagnóstico de TDAH é necessário que os sintomas característicos sejam freqüentes e se manifestem em mais de um contexto social.

O TDAH é uma das razões de maior procura de atendimento em clínicas de saúde mental infantis, com prevalência estimada de 3% a 7% da população geral de crianças em idade escolar (Greenon, 2001; DSM-IV-TR, 2002, Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Segundo Rohde e Benczik (1999), aproximadamente de 25% a 30 % das crianças e adolescentes com TDAH têm problemas secundários de aprendizagem ou associados ao transtorno. Por outro lado, crianças pré-escolares, de 3 a 6 anos, apresentam mais sintomas de hiperatividade associados a dificuldades em tolerar limites e frustrações. Já as crianças escolares têm sintomas relacionados à desatenção, hiperatividade e impulsividade. No entanto, no adolescente há mais evidência de desatenção e impulsividade. O TDAH, especialmente o tipo desatento, está relacionado com um mau desempenho escolar e, portanto, crianças e adolescentes com este distúrbio são um grupo de risco para a repetência (Pastura, Mattos & Araújo, 2005).

É importante observar que praticamente 50% das crianças que tem TDAH têm, também, em co-morbidade, o transtorno desafiador opositivo ou de conduta. Porém, deve-se diferenciar o comportamento de oposição de uma criança com TDAH, de uma atitude de não submissão às exigências dos outros. A criança e o adolescente com TDAH, muitas vezes, resistem à execução de uma tarefa solicitada como uma defesa, devido a sua dificuldade em desempenhá-la bem. Os sintomas do TDAH podem entrar em remissão na puberdade ou persistirem até a adolescência, podendo, em alguns casos, evoluir para um

transtorno de conduta, ou persistir na vida adulta (Faraone et al., 2003). Conforme Lopes, Nascimento e Bandeira (2005), aproximadamente 67% das crianças e adolescentes com TDAH ingressarão na vida adulta ainda com alguns sintomas do transtorno, tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, se não tratadas adequadamente.

Sabe-se que a origem do TDAH é multifatorial, associando-se tanto a variáveis ambientais, psicológicas ou, com base neurobiológica (Castellanos & Tannock, 2002). Entende-se, no entanto, que os sujeitos que apresentam vulnerabilidade ao TDAH somente desenvolverão os sintomas se houver demanda ambiental maior (McCardle, O'Brien & Kolvin, 2002). Estudos demonstram que fatores psicossociais como privação emocional prolongada, eventos psíquicos estressantes ou familiares, abuso ou negligência, múltiplos lares adotivos, entre outros, podem estar relacionados ao desenvolvimento do transtorno (Rohde & Benczik, 1999; DeWolfe, Byrne & Bawden, 2000; McCardle et al., 2002). As famílias de crianças com o transtorno TDAH parecem apresentar mais conflitos, pouca coesão e relacionamentos menos sadios (Smith, 2000).

O Transtorno de Conduta (TC) caracteriza-se por um padrão persistente de comportamento, no qual há importantes violações de normas sociais ou de direitos alheios. Estas manifestações concentram-se em quatro grupos de sintomas: atos agressivos a pessoas e/ou animais; ações que provocam danos e/ou destruição de patrimônio; defraudação ou furto e sérias violações de regras e normas. Mas, especificamente, este comportamento pode expressar-se em hostilidade, provocações, agressão física e comportamento cruel com pessoas e animais. As crianças e os adolescentes sofrem sérios prejuízos sociais e interpessoais com este tipo de manifestação psicopatológica, pois não conseguem desenvolver vínculos e raramente sentem-se culpados ou responsabilizam-se pelo seu comportamento. O TC é mais comum em meninos e geralmente é diagnosticado antes dos 18 anos, podendo os sintomas iniciarem na infância (antes dos 10 anos), ou na adolescência (após os 10 anos). Este transtorno está associado a disfunções pessoais, familiares, sociais e acadêmicas, assim como a um mau prognóstico para a vida adulta. Os indivíduos com diagnóstico de TC apresentam alto risco para depressão, tentativas de suicídio, abuso de substâncias e complicações legais (DSM-IV-TR, 2002; López, 2004; Gorman-Smith & Loeber, 2005).

A criança ou o adolescente com problemas de conduta atravessam muitas dificuldades no ambiente escolar, devido às manifestações clínicas do transtorno e aos sentimentos mobilizados nos colegas e professores. De maneira geral, problemas externalizantes antecedem às dificuldades escolares, mas também podem ser exacerbados

por elas. Em resposta a estresses internos e externos, crianças e adolescentes podem desenvolver um TC, que também pode estar associado a uma multiplicidade de fatores estressores ou vulnerabilidades biopsicossociais. Perturbações de personalidade e distúrbios na adaptação social podem ser mais bem entendidos como um padrão influenciado pelos efeitos recíprocos da interação familiar. São ambientes familiares, muitas vezes, caracterizados por práticas violentas, de agressão, falta de afeto materno e conflitos entre os pais (Ferreira & Marturano, 2002). Entre os fatores ambientais e familiares situam-se: punição severa à agressividade da criança; tensão entre os pais; condições domésticas caóticas e negligentes, situação em que a criança não consegue desenvolver uma tolerância à frustração; métodos falhos na educação da criança; pais anti-sociais ou psicóticos; reforço negativo ao comportamento desviante; abuso infantil; abuso de substâncias; privação socioeconômica; situações em que as crianças adotam os valores de sua própria sub-cultura (Mcardle et al., 2002; Perepletchikova & Kazdin, 2004).

Estudos sugerem que o *status* sócio-econômico e os problemas de comportamento apresentam uma relação mediada por processos de socialização, nos quais a punição, os modelos adultos agressivos e estressores incidentes sobre a família estão presentes (Ackerman et al., 1999). Crianças maltratadas na família podem tornar-se violentas e abusivas, repetindo um comportamento testemunhado, seja por modelagem ou identificação, assim como agressividade e discórdia parental dentro de uma família, podem estar associadas ao desenvolvimento, até mesmo, de problemas de comportamentos delinquentes (Mcardle et al., 2002). A agressividade pode surgir como uma tentativa de resolver os conflitos, ou simplesmente como resultado de uma interação dinâmica entre pessoas que desempenham diferentes papéis, o de agressor e o de vítima. Assim, desenvolve-se um padrão de funcionamento familiar que perpetua um estilo relacional que acompanhará o indivíduo durante sua vida.

O Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) é definido por um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis e desafiadores para com figuras de autoridade, com duração de, pelo menos, seis meses. Os sintomas mais comuns são perda da paciência, discussão com adultos, desafio ou recusa ativa a obedecer a solicitações ou regras dos adultos, perturbação deliberada às pessoas, responsabilização dos outros por seus erros ou mau comportamento, raiva, rancor, vingança. Evolutivamente, o transtorno de oposição tem início na tenra infância, podendo desenvolver-se, em geral, antes dos 8 anos de idade, não após a adolescência. Estudos demonstram a sua prevalência no sexo masculino (DSM-IV-TR, 2002; Serra-Pinheiro, Guimarães & Serrano, 2005). Vários outros estudos com

TDO revelam uma associação com componentes ambientais e familiares (Edwards, Barkley & Laneri, 2001; Greene, Biederman & Zerwas, 2002; Kadesjo, Hagglof, Kadesjo & Gilberg, 2003; Serra-Pinheiro, Schmitz, Mattos & Souza, 2004).

Diversos aspectos da vida familiar podem ser protetores ou não no desenvolvimento infantil. Estudos realizados em diversos países analisaram a associação entre ambiente familiar disfuncional e problemas de comportamento em crianças. Assim, vários indicadores foram identificados, como agressão física à criança, ameaça, relacionamento distante entre os pais e a criança, conflitos entre os pais e a criança, famílias impulsivas e agressivas, alcoolismo, má integração familiar e social, rechaço, irresponsabilidade no cuidado e atenção. Dessa maneira, e com base no exposto, o objetivo deste estudo foi verificar se crianças que apresentam Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tendem a dar, quando testadas com o instrumento projetivo Teste de Apercepção Familiar (FAT), mais respostas que denotem a apercepção de um funcionamento familiar mais conflitivo ou disfuncional do que as respostas dadas por crianças sem estes transtornos.

Método

Delineamento

O estudo foi quantitativo do tipo transversal, buscando a diferença entre grupos: G1 de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo (população clínica) e G2 de crianças sem Transtornos Psicopatológicos (população geral).

Amostra

A amostra constituiu-se por conveniência, sendo composta por 32 crianças dos sexos masculino e feminino, com idades entre 06 e 11 anos, divididas em dois grupos de 16 sujeitos: o primeiro (G1) foi constituído por crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo e, o segundo (G2), por crianças da população geral. Os grupos foram pareados quanto à idade e ao sexo. As características apresentadas pelos componentes do grupo clínico (G1) deram origem às características para a organização do grupo não-clínico (G2).

Para a inclusão dos sujeitos no grupo clínico os critérios foram: concordância dos pais para o filho(a) participar do estudo, ausência de comprometimento intelectual, apresentação de um dos diagnósticos de interesse, identificados pelo comportamento

descrito pelo professor que acompanhava a criança na escola, corroborado pelos pais ou responsáveis, através do preenchimento do instrumento *Child Behavior Checklist – CBCL*. Para a inclusão dos sujeitos no grupo não-clínico os critérios foram: concordância dos pais para o filho(a) participar do estudo, ausência de comprometimento intelectual e de comportamento psicopatológico.

O número de 32 sujeitos para a composição da amostra tomou como referência os estudos de Buchanan (1987), Lundquist (1987) e Eaton (1988), que desenvolveram estudos comparando as verbalizações dadas no Teste FAT de crianças e adolescentes da população geral e clínica, com amostras que oscilaram entre 30 e 56 indivíduos.

Instrumentos

A fim de obter dados que caracterizassem os participantes do estudo foi utilizada uma ficha de dados sociodemográficos. Foram administrados, também, os instrumentos *Child Behavior Checklist – CBCL* para avaliar competência social e problemas de comportamento; o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, para excluir casos com suspeita de comprometimento intelectual; e o instrumento projetivo Teste Aperceptivo Familiar – FAT.

Para a amostra clínica foi utilizado o CBCL, Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (Bordin, Mari & Caieiro, 1995), que foi respondido por todos os pais deste grupo de crianças. O *Child Behavior Checklist – CBCL* é um inventário publicado originalmente em 1983, sendo revisado em 1991, abrangendo a faixa etária de 6 a 18 anos (Achenbach, 2001). O inventário se propõe a avaliar o comportamento de crianças e adolescentes, através da percepção de seus pais ou cuidadores. Possui 138 itens: 20 destinados a avaliação da Competência Social (CS), com questões relacionadas ao desempenho acadêmico, a atividades sociais e extracurriculares e 118 itens relativos à avaliação dos Problemas de Comportamento (internalizantes ou externalizantes), situando o sujeito em determinada categoria – normal, limítrofe ou clínica –, proporcionando boa abrangência de sintomas comuns na infância e adolescência.

O Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini et al., 1999), para sujeitos com idades entre 5 e 11 anos e meio, é um teste não-verbal que avalia o nível de inteligência, mais especificamente do fator “g”, proposto por *Spearman*. É composto por um caderno de aplicação reutilizável e folhas de respostas. Não há limite de tempo para a sua aplicação (com duração média de 15 a 20 minutos). Como uma tarefa a ser cumprida, pode ser descrito como um teste de completamento e, em termos do tipo de

item, é um teste de escolha entre soluções alternativas. O caderno a ser administrado é dividido em séries de matrizes ou desenhos que apresentam um problema introdutório, cuja solução é clara, fornecendo um padrão para a tarefa, que se torna progressivamente mais difícil. A Escala Especial compreende três séries (A, Ab, e B). As respostas são classificadas como positivas ou negativas e cada resposta certa recebe um ponto, sendo que o total de pontos é o escore obtido pelo sujeito. Este escore é transformado em percentil, através do uso de uma tabela específica em associação com a idade do sujeito, o que faz com que possa ser estimado o nível intelectual de cada participante da amostra.

O Teste Aperceptivo Familiar – FAT (Sotile, Julian III, Henry & Sotile, 1991) é um instrumento projetivo descendente do Teste de Apercepção Temática (TAT) e do Teste de Apercepção Temática Infantil (CAT). O Teste Aperceptivo Familiar – FAT, desenvolvido com base na teoria sistêmica, apresenta situações fundamentais que podem revelar certos aspectos das relações do contexto familiar. A técnica foi criada para identificar aspectos do funcionamento e da estrutura familiar, sendo um teste do tipo que propõe a elaboração de uma história a partir da cena constante em cada lâmina. É um instrumento projetivo aperceptivo que, diferentemente de outras técnicas aperceptivas, não objetiva a exploração de aspectos da dinâmica intrapsíquica do sujeito. A proposta é que através de seu conjunto de imagens (lâminas), incentive o sujeito a elaborar narrações que denunciem dados sobre a natureza dos vínculos afetivos, a qualidade das relações familiares, a identificação de conflitos e estratégias para aspectos individuais e familiares. O FAT compreende 21 lâminas (para esta dissertação optou-se pela aplicação abreviada em que são utilizadas 13 lâminas), para as quais a criança deverá elaborar uma história sobre o que está ocorrendo, enfatizando os acontecimentos que levaram a essa situação e qual foi o desfecho. Obtidas as verbalizações para cada lâmina, deve-se realizar um inquérito (após cada história), para aprofundar e esclarecer aspectos da narrativa. As histórias dadas ao FAT devem ser coletadas em administração individual. Nesta dissertação, a aplicação (abreviada) foi realizada em um único encontro, de aproximadamente 30 minutos, sendo que as verbalizações foram gravadas em áudio, com prévia autorização do examinando e de seus responsáveis. As verbalizações foram analisadas utilizando-se um sistema de categorização de respostas proposto pelos autores do instrumento e que está sendo adaptado em um projeto maior de pesquisa, que objetiva a adaptação do instrumento para a realidade brasileira. Nesta dissertação foram avaliadas cinco categorias (e suas respectivas subcategorias), conforme descrito no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Definição operacional das categorias do sistema de categorização de respostas ao FAT

Categorias	Classificação
Conflito Manifesto Predomínio de atitudes, sentimentos, desejos, opiniões e/ou ações divergentes, discordantes, evidenciando desarmonia, desentendimentos.	Familiar: divergência entre dois ou mais membros da família.
	Conjugal: divergência entre o casal.
	Outros: divergência entre indivíduos que não fazem parte da mesma família ou quando houver conflito pessoal.
	Ausência: ausência de conflito.
Resolução do conflito Presença ou não de resolução do conflito e características desta resolução.	Positiva: quando os personagens resolvem o conflito de forma positiva.
	Negativa ou irresolução: quando os personagens resolvem o conflito de forma negativa ou quando não o resolvem.
	Não se aplica: quando há ausência de conflito.
Imposição de Limites Atitude adequada ou inadequada dos pais quanto à imposição de limites	Apropriada/ Obediente: apropriada imposição de limites pelos pais e uma atitude de obediência dos filhos.
	Apropriada/ Desobediente: apropriada imposição de limites pelos pais e atitude de desobediência dos filhos.
	Inapropriada/ Obediente: inadequada ou ausência de imposição de limites pelos pais e atitude de obediência dos filhos.
	Inapropriada/ Desobediente: inadequada ou ausência de imposição de limites pelos pais e atitude de desobediência dos filhos.
	Não se aplica: sem informações sobre a imposição de limites.
Fronteiras Fronteiras ou limites de um sistema ou subsistema familiar são os envelopes dos territórios, físicos e psíquicos, determinados pelas regras que presidem o estabelecimento das relações entre os familiares; têm uma função de distinção interior-exterior, de intercâmbio entre sistemas, de proteção e diferenciação de subsistemas.	Nítidas/ adequadas: regras de funcionamento definidas, permitindo que os membros da família desempenhem suas funções/papéis adequadamente; há linhas de autoridade e responsabilidade definidas.
	Difusas/emaranhadas: não há regras de funcionamento definidas, impedindo que os membros da família desempenhem suas funções/papéis adequadamente; não há linhas de responsabilidade e autoridade definidas, gerando fronteiras tênues e diferenciação familiar difusa.
	Rígidas: regras de funcionamento rigidamente definidas ou que prejudicam as relações entre os familiares. Membros sem interação positiva, sem sentimentos de pertencimento a uma unidade familiar.
	Confusas: um membro da família reage a um problema ou situação de vida de algum outro membro, com excessiva preocupação psicológica e/ou comportamental. Reação sem lógica construtiva para a resolução do problema. Este item sempre está presente quando a história indicar que a criança é envolvida no conflito conjugal.
	Não se aplica: sem informações sobre as fronteiras.
Tipo de sistema Refere-se ao quão aberta ou fechada é a família, em relação às trocas que faz com o exterior.	Aberto: família aberta para a inclusão de pessoas que não sejam da família, aceitando que seus membros se envolvam em atividades ou relacionamentos fora da família, apontando para o intercâmbio de energia e informação com o exterior.
	Fechado: família relutante ou contrária à inclusão de pessoas que não sejam da família, não aceitando que seus membros se envolvam em atividades ou relacionamentos fora da família, apontando para a falta de intercâmbio de energia e informação com o exterior.
	Não se aplica: sem informações sobre o tipo de sistema.

Procedimentos

Para o desenvolvimento desta investigação e para a coleta de dados das crianças do grupo clínico (G1) e não-clínico (G2), foram efetuados contatos com instituições escolares públicas da cidade de Porto Alegre, que tivessem alunos com idades entre 06 e 11 anos, a fim de obter a autorização necessária para a testagem dos estudantes. Foi solicitada à Direção e/ou à Coordenação Pedagógica das escolas a identificação de crianças com e sem dificuldades de atenção, impulsividade, agressividade, hostilidade, negativismo e/ou comportamento desafiador. Identificadas estas crianças e, após a comunicação por um representante da instituição escolar, das características gerais da pesquisa aos pais ou responsáveis, foi encaminhada a estes uma carta (ver anexo 2), acompanhada de uma Ficha de Dados Sociodemográficos (ver anexo 1) e de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo 3), com o objetivo de explicar a natureza do trabalho e de obter a autorização de participação da criança. De posse do consentimento de participação e da ficha de dados, foi solicitado aos pais ou responsáveis pelas crianças do possível grupo clínico (G1) que participassem de uma entrevista para o preenchimento do instrumento CBCL (ver anexo 7). Após estes procedimentos, realizou-se a administração dos instrumentos com as crianças, o que foi feito de forma individual, em dois encontros (um para o Teste Raven e um para o FAT), na própria instituição, durante o período escolar. As crianças da população geral (G2) foram localizadas nas mesmas instituições escolares, de acordo com as características necessárias para o pareamento do grupo clínico, e foram testadas, também, somente após o recebimento da carta (ver anexo 4) pelos pais e a devolução do consentimento de participação (ver anexo 5) e da Ficha de Dados Sociodemográficos à instituição escolar. Os pais do grupo não-clínico não responderam a CBCL.

O material verbalizado pelas crianças nas lâminas 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 18 e 21 (do jantar, do castigo, da loja de vestidos, da faxina, do andar superior, do *shopping center*, da cozinha, do atraso, das tarefas escolares, da hora de dormir, do jogo, da viagem, do contato físico) do teste FAT, dos grupos G1 e G2, foi transcrito e avaliado por dois juízes que fizeram avaliações independentes, com base num sistema de categorização de respostas organizado no estudo maior em que está inserido este estudo. Posteriormente, realizou-se o processamento e a análise estatística do material através do Teste Exato de Fisher, com o intuito de verificar a associação entre as categorias do sistema de respostas do teste e o tipo de grupo, clínico ou não-clínico. Foi utilizado o nível de significância de 5%.

Resultados

Algumas características sociodemográficas, os resultados obtidos no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, para os grupos G1 e G2, assim como os problemas de comportamento identificados na CBCL, para as crianças do G1, podem ser visualizados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Características sociodemográficas, percentil obtidos no Teste de Inteligência de Raven e diagnóstico identificado no CBCL, do grupo G1 (n=16).

Sujeito	Idade	Sexo	Grupo Familiar	Escolaridade	Repetência	CBCL	Raven
1	6	M	Mãe, pai, tia, 3 irmãos	Pré-escola	Não	TC	95
2	6	F	Mãe, pai, avó	Pré-escola	Não	TDAH	50
3	8	F	Mãe, irmão	1 ^a	Não	TC e TDAH	70
4	8	M	Mãe, pai, irmão	1 ^a	Sim	TC e TDAH	50
5	8	M	Mãe, pai, irmão	1 ^a	Sim	TC	50
6	8	M	Mãe, irmão	3 ^a	Não	TDAH	90
7	8	F	Mãe, pai, irmão	1 ^a	Sim	TDO e TDAH	70
8	8	M	Mãe, irmão	2 ^a	Sim	TC	70
9	8	M	Mãe, 2 irmãos	2 ^a	Não	TC e TDAH	95
10	8	M	Mãe, 2 irmãos	2 ^a	Não	TC	75
11	9	M	Mãe, avós	3 ^a	Não	TDO	99
12	10	M	Mãe, pai, irmão	4 ^a	Sim	TDAH	50
13	10	F	Pai, irmão	5 ^a	Não	TDO	70
14	10	M	Mãe, pai, tia, 3 irmãos	3 ^a	Sim	TC	50
15	11	M	Mãe	4 ^a	Não	TDAH	80
16	11	F	Mãe, pai, 2 irmãos	5 ^a	Não	TDAH	95

Tabela 2. Características sociodemográficas e percentis obtidos no Teste de Inteligência de Raven, do grupo G2 (n=16)

Sujeito	Idade	Sexo	Grupo Familiar	Escolaridade	Repetência	Raven
1	6	M	Pai, mãe, irmão	1 ^a	Não	99
2	6	F	Pai, mãe, 2 irmãos, avô	1 ^a	Não	70
3	8	F	Pai, mãe	3 ^a	Não	99
4	8	M	Avó	1 ^a	Não	70
5	8	M	Pai, mãe, 3 irmãos, avó	1 ^a	Sim	60
6	8	M	Pai, mãe, irmão	2 ^a	Não	90
7	8	F	Pai, mãe, irmão	2 ^a	Não	95
8	8	M	Pai, mãe, irmão	3 ^a	Não	90
9	8	M	Pai, mãe, irmão	3 ^a	Não	90
10	8	M	Mãe, avós, tios, 2 irmãos	2 ^a	Não	80
11	9	M	Pai, irmão	1 ^a	Não	70
12	10	M	Pai, mãe, irmão	4 ^a	Sim	90
13	10	F	Mãe, avós, tios, 2 irmãos	5 ^a	Não	75
14	10	M	Mãe, padrasto	4 ^a	Não	75
15	11	M	Mãe, pai, avós, irmão	5 ^a	Não	50
16	11	F	Mãe, irmão	5 ^a	Não	75

Neste estudo, para fins de análise dos dados, foi realizada, primeiramente, a análise de concordância entre juízes, para a qual foi utilizado o critério mínimo de concordância de 80%, conforme Pasquali (2001). O índice de concordância entre os juízes na categorização das respostas variou entre 82,2% e 91,4%.

A seguir, foi realizada uma análise descritiva, buscando verificar a frequência de ocorrência de cada uma das categorias de resposta, do sistema de categorização. Na Tabela 3 pode-se observar a distribuição de frequências e percentagens das categorias conflito e resolução de conflito. Foi verificada, ainda, a associação entre o tipo de grupo (clínico e não-clínico) e as categorias conflito e resolução de conflito. Constatou-se associação estatisticamente significativa apenas nas lâminas 4 ($p=0,028$), 7 ($p=0,020$), 9 ($p=0,019$), 11 ($p=0,017$ e $p=0,031$) e 18 ($p=0,003$ e $p<0,001$).

Tabela 3. Distribuição das frequências e porcentagens das categorias conflito e resolução de conflito, por lâminas do Teste FAT, nos grupos G1 e G2 (n=32).

Lâminas FAT	Conflito Familiar, conjugal, outros				p	Resolução de Conflito Positiva, negativa ou irresolução				p
	G1		G2			G1		G2		
	F	%	F	%		F	%	F	%	
1	10	62,5	09	56,3	0,028	Pos. 06	37,5	07	43,8	0,020
3	16	100	16	100		Neg. 04	25	02	12,5	
4	12	75	13	81,3		Pos. 08	50	12	75	
6	13	81,3	14	87,5		Neg. 08	50	04	25	
7	08	50	09	56,3		Pos. 05	31,3	08	50	
8	08	50,1	12	75,1		Neg. 07	43,8	05	31,3	
9	09	56,3	13	81,4		Pos. 10	62,5	13	81,3	
11	07	43,8	12	75		Neg. 03	18,8	01	6,3	
12	10	62,5	11	68,8		Pos. 03	18,8	09	56,3	
13	05	31,3	03	18,8		Neg. 05	31,3	--	--	
15	09	56,3	11	68,8		Pos. 03	18,8	07	43,8	
18	07	43,9	15	93,8		Neg. 05	31,3	05	31,3	
21	07	43,9	08	50	Pos. 02	12,5	10	62,5		
					0,017	Neg. 07	43,8	03	18,8	0,019
						Pos. 02	12,5	08	56,3	
						Neg. 05	31,3	03	18,8	
						Pos. 05	31,3	10	62,5	
						Neg. 05	31,3	01	6,3	
						Pos. 02	12,5	03	18,8	
						Neg. 03	18,8	--	--	
						Pos. 05	31,3	09	56,3	
						Neg. 04	25	02	12,5	
						Pos. 02	12,5	14	87,5	
						Neg. 05	31,5	01	6,3	
						Pos. 03	18,8	06	37,5	
					Neg. 04	25	02	12,5		

*Fisher's Exact Test $p < 0.005$

Na Tabela 4 pode-se observar a distribuição de frequências e porcentagens das categorias imposição de limites, fronteiras e tipo de sistema. Não foram identificadas associações em nível significativo entre estas categorias e os tipos de grupo.

Tabela 4. Distribuição das freqüências e porcentagens das categorias imposição de limites, fronteiras e tipo de sistema, por lâminas do Teste FAT, nos grupos G1 e G2 (n=32).

		Categoria: Imp Limites				Categoria: Fronteiras				Categoria: Tipo de sistema					
		G1		G2		G1		G2		G1		G2			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
1	Apr/Ob	2	12,5	2	12,5	Nítid	3	18,8	2	12,5	Abert	3	18,8	1	6,3
	Apr/Des	0	0	1	6,3	Difus	3	18,8	4	25					
	Inap/Ob	0	0	2	12,5	Rígid	0	0	0	0	Fech	1	6,3	0	0
3	Inap/Des	1	6,3	0	0	Confu	5	31,3	5	25	Abert	1	6,3	0	0
	Apr/Ob	1	6,3	3	18,8	Nítid	1	6,3	4	25					
	Apr/Des	0	0	0	0	Difus	7	43,8	8	50	Fech	0	0	0	0
4	Inap/Ob	13	81,3	11	68,8	Rígid	7	43,8	1	6,3	Abert	5	31,3	4	25
	Inap/Des	0	0	0	0	Confu	0	0	0	0	Fech	0	0	0	0
	Apr/Ob	1	6,3	2	12,5	Nítid	3	18,8	4	25					
6	Apr/Des	0	0	2	12,5	Difus	5	31,3	7	43,8	Abert	2	12,5	4	25
	Inap/Ob	7	43,8	3	18,8	Rígid	2	12,5	0	0	Fech	0	0	0	0
	Inap/Des	1	6,3	5	31,3	Confu	0	0	0	0					
7	Apr/Ob	4	25	9	56,3	Nítid	6	37,5	7	43,8	Abert	3	18,8	3	18,8
	Apr/Des	3	18,8	3	18,8	Difus	6	37,5	7	43,8	Fech	1	6,3	0	0
	Inap/Ob	3	18,8	1	6,3	Rígid	1	6,3	0	0					
8	Inap/Des	3	18,8	1	6,3	Confu	0	0	0	0	Abert	0	0	4	25
	Apr/Ob	4	25	2	12,5	Nítid	4	25	4	25	Fech	0	0	0	0
	Apr/Des	2	12,5	5	31,3	Difus	2	12,5	5	31,3	Abert	2	12,5	2	12,5
9	Inap/Ob	3	18,8	1	6,3	Rígid	2	12,5	1	6,3	Fech	0	0	1	6,3
	Apr/Ob	2	12,5	5	31,3	Nítid	2	12,5	5	31,3	Abert	0	0	4	25
	Apr/Des	1	6,3	0	0	Difus	3	18,8	4	25	Fech	0	0	0	0
11	Inap/Ob	1	6,3	1	6,3	Rígid	2	12,5	0	0	Abert	2	12,5	2	12,5
	Apr/Ob	1	6,3	1	6,3	Difus	6	37,5	1	6,3	Fech	0	0	1	6,3
	Apr/Des	1	6,3	1	6,3	Rígid	1	6,3	0	0	Abert	4	25	6	37,5
12	Inap/Ob	2	12,5	3	18,8	Confu	3	18,8	7	43,8	Fech	0	0	0	0
	Apr/Ob	7	43,8	6	37,5	Nítid	8	50	6	37,5	Abert	4	25	6	37,5
	Apr/Des	0	0	5	31,3	Difus	3	18,8	7	43,8	Fech	0	0	1	6,3
13	Inap/Ob	1	6,3	2	12,5	Rígid	0	0	0	0	Abert	4	25	2	12,5
	Inap/Des	2	12,5	0	0	Confu	0	0	0	0	Fech	1	6,3	0	0
	Apr/Ob	5	31,3	4	25	Nítid	4	25	6	37,5	Abert	1	6,3	1	6,3
15	Apr/Des	1	6,3	2	12,5	Difus	8	50	6	37,5	Fech	0	0	0	0
	Inap/Ob	6	37,5	2	12,5	Rígid	2	12,5	1	6,3	Abert	4	25	2	12,5
	Inap/Des	1	6,3	1	6,3	Confu	0	0	0	0	Fech	1	6,3	0	0
18	Apr/Ob	8	50	7	43,8	Nítid	11	68,8	12	75	Abert	1	6,3	1	6,3
	Apr/Des	0	0	3	18,8	Difus	2	12,5	0	0	Fech	1	6,3	0	0
	Inap/Ob	2	12,5	0	0	Rígid	0	0	0	0	Abert	4	25	2	12,5
21	Inap/Des	1	6,3	0	0	Confu	0	0	0	0	Fech	1	6,3	0	0
	Apr/Ob	4	25	3	18,8	Nítid	4	25	2	12,5	Abert	1	6,3	1	6,3
	Apr/Des	1	6,3	2	12,5	Difus	5	31,3	4	25	Fech	1	6,3	0	0
21	Inap/Ob	1	6,3	0	0	Rígid	1	6,3	0	0	Abert	2	12,5	2	12,5
	Inap/Des	2	12,5	0	0	Confu	0	0	0	0	Fech	0	0	0	0
	Apr/Ob	4	25	6	37,5	Nítid	7	43,8	4	25	Abert	6	37,5	2	12,5
21	Apr/Des	0	0	1	6,3	Difus	3	18,8	9	56,3	Fech	0	0	0	0
	Inap/Ob	1	6,3	1	6,3	Rígid	2	12,5	0	0	Abert	2	12,5	2	12,5
	Inap/Des	4	25	5	31,3	Confu	1	6,3	1	6,3	Fech	0	0	0	0
21	Apr/Ob	4	25	4	25	Nítid	7	43,8	4	25	Abert	6	37,5	2	12,5
	Apr/Des	1	6,3	2	12,5	Difus	4	25	3	18,8	Fech	0	0	0	0
	Inap/Ob	0	0	0	0	Rígid	0	0	0	0	Abert	6	37,5	2	12,5
	Inap/Des	3	18,8	0	0	Confu	1	6,3	0	0	Fech	0	0	0	0

Discussão

Na amostra em estudo constataram-se diferenças nas características sócio-demográficas dos participantes no momento em que as amostras clínica e não-clínica foram comparadas. Este fato é apontado na literatura, referindo que comportamentos de hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão, desafio e manifestações anti-sociais, associados, geralmente, a quadros psicopatológicos de TDAH, TC e TDO, têm sua origem em uma multiplicidade de fatores estressores, ambientais ou vulnerabilidades biopsicossociais. Dessa forma, parece que, em elementos de ordem sociodemográfica, já se encontram alguns fatores de risco para tais comportamentos.

O primeiro aspecto a destacar é o maior número de repetências escolares nas crianças do grupo clínico (seis), em comparação com as do grupo não-clínico (duas). Além disso, é possível observar que o grupo clínico apresenta resultados no teste Raven alocados, de maneira geral, mais em torno do percentil 60 do que o grupo não-clínico, em que predominam mais resultados próximos ao percentil 80. Isso certamente sugere um desempenho cognitivo e, provavelmente, acadêmico, mais elevado para os participantes do G2. Estes dados vão ao encontro do apontado por Rohde e Benczik (1999), que sinalizam que aproximadamente 25% a 30% das crianças e adolescentes com TDAH têm problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno, o que se deve, muitas vezes, a problemas de adaptação e dificuldades em lidar com os sintomas (Lópes, 2004). É importante mencionar, ainda, que os problemas externalizantes, tais como os comportamentos associados ao TDAH, tendem a anteceder as dificuldades escolares dos indivíduos, mas também podem ser exacerbados por estas. Independente do diagnóstico, Ackerman (1986) afirma que a escola, através do sistema educacional adotado, pode interferir no quadro psicopatológico apresentado pela criança, reforçando algum desvio de comportamento. Assim, parece ser possível pensar que, além da constelação de fatores que pode se relacionar ao maior índice de repetências e a um desempenho cognitivo menos favorável, entre as crianças do grupo clínico, há um modelo educacional inadequado e pouco continente para com as dificuldades de alunos que demandam uma atenção diferenciada.

As hipóteses diagnósticas apontadas pela CBCL, para os componentes do G1, merecem uma breve discussão. Houve predominância de crianças com problemas de conduta, uma vez que cinco têm TC, duas têm TDO, três têm TC e TDAH e uma TDO e TDAH, o que equivale a 11 crianças, do total de 16. Numa sociedade dominada por constantes atos carregados de agressividade não é surpreendente que facilmente sejam

localizadas e identificadas crianças com comportamentos em que primam aspectos como impulsividade, raiva, vingança, violações de normas, entre outros. Entretanto, é bastante preocupante a identificação deste tipo de problemas, que certamente são decorrentes de uma multiplicidade de vulnerabilidades biopsicossociais. A preocupação maior, sem dúvida, é de que estas crianças passam a compor um grupo de risco de difícil manejo familiar, escolar e social.

O TDAH foi apontado como hipótese diagnóstica em nove crianças, sendo que destas, cinco têm apenas este diagnóstico, e três, como mencionado acima, têm TDAH em comorbidade com TC e uma, TDAH com TDO. Segundo Faraone e colegas (2003), estima-se que entre 3% e 6% das crianças em idade escolar apresentam TDAH, o que explica seu aparecimento em algumas das crianças do G1. Além disso, os autores referem que aproximadamente 50% das crianças que têm TDAH têm, também, transtorno desafiador opositivo ou transtorno de conduta. Uma possível forma de entender o aparecimento do diagnóstico de TDAH pode ser encontrada quando se pensa nas características da vida contemporânea. As exigências do mercado de trabalho e a situação econômica de muitas famílias fazem com que os pais se envolvam mais com atividades fora do núcleo familiar. Assim, tornam-se ausentes, estressados, ou mesmo, agressivos, o que geralmente interfere na qualidade do relacionamento com os filhos. Há de se considerar também, que o ritmo acelerado no dia-a-dia, dos pais, é um funcionamento que passa a ser imitado.

Por fim, vale salientar que há, na amostra em estudo, um número maior de meninos, uma vez que das 16 crianças do grupo clínico, 11 são do sexo masculino. Neste sentido, sabe-se (DSM-IV-TR, 2002) que o TC, o TDAH e o TDO desenvolvem-se com maior frequência em meninos. Tem sido difícil para os estudiosos explicar estes achados, mas algumas inferências são possíveis de ser levantadas. Neste sentido, com relação ao TDAH, pensa-se que essa proporção se deva ao fato de que meninas, de maneira geral, apresentam mais o transtorno com predomínio de desatenção, e menos sintomas de conduta em comorbidade, o que incomoda menos às famílias, à escola e, por isso, são menos encaminhadas para tratamento (Rohde & Halpern, 2004). Sintomas comportamentais mobilizam muito mais os familiares e demais pessoas que convivem com a criança, o que causa resistência no relacionamento e manejos inadequados, reforçando, por sua vez, o comportamento considerado negativo.

Com relação aos dados da configuração dos grupos familiares é possível observar que no G2 (não-clínico) três participantes não convivem com a figura paterna enquanto

que no G1, são sete as crianças que não tem o pai no lar. A presença da figura paterna colabora na nossa sociedade com a função de representar regras, normas, limites, o que é (quando o papel é desempenhado adequadamente) saudável para a aprendizagem e adequado desenvolvimento infantil. Acompanhando as novas configurações familiares observa-se também, em muitos dos participantes, a inclusão, no grupo familiar, de componentes da família extensa como tios e avós.

É certo que muitos fatores influenciam o desenvolvimento de uma criança, sadio ou não. Dentre eles está a família que, para Ackerman (1986), é a unidade básica de experiência e crescimento, desempenho ou falha, saúde ou doença, e tem papel importante no processo de socialização da criança. Entendendo a família como um sistema, no qual o comportamento de um de seus membros está relacionado ao comportamento dos outros, e dele depende, é fundamental que os problemas, tanto de ordem individual, quanto grupal, sejam observados e abordados sob o enfoque interacional, ou seja, considerando-se o relacionamento da pessoa com seu sistema familiar (Jackson, 1967; Werlang, 2000). Neste contexto, é inevitável a existência de conflitos em qualquer núcleo familiar, fazendo parte da dinâmica da vida. Os conflitos devem impulsionar o ser humano a enfrentá-los, a refletir sobre eles, buscando possíveis soluções. No entanto, isso nem sempre ocorre, e a presença de conflitos acaba transformando-se em barreiras que interferem no desenvolvimento e no crescimento adequado dos indivíduos. O que ganha destaque, então, é o fato de que a preocupação não deve estar relacionada à existência ou não de conflitos em uma família, e sim, a sua capacidade ou não de resolvê-los de maneira adequada.

Dessa forma, no que se refere à presença de conflitos, visualizada na Tabela 3, é possível observar que, de maneira geral, ela independe do grupo ao qual a criança pertence, clínico ou não-clínico, o que reforça a idéia de que a presença de conflitos é algo que faz parte da vida de qualquer ser humano. Apesar disso, em algumas lâminas constatou-se um número maior de conflitos, registrados através das histórias contadas pelas crianças do grupo não-clínico (G2). Houve associação significativa entre o tipo de grupo não-clínico e a categoria conflito, para as lâminas 4 (da loja, $p=0,028$), 11 (do atraso, $p=0,017$) e 18 (da viagem, $p=0,003$). Este achado pode ser discutido a partir da idéia de que as temáticas de algumas lâminas parecem mobilizar mais intensamente, nessas crianças, o aparecimento de conflito, em função da imagem que apresentam, nas quais há maior dimensão inerente à desarmonia e à divergência. Assim, o fato de, em algumas lâminas, crianças do grupo não-clínico tenderem a contar histórias nas quais há a presença mais marcante de conflito, pode estar relacionado mais ao estímulo em si do que a questões pessoais que respondam a ele.

Por outro lado, pode-se pensar que as crianças do grupo clínico, no convívio constante com os seus sintomas e com as dificuldades decorrentes destes, podem ter usado mais o mecanismo de idealização e a deseabilidade social, fazendo um esforço no sentido de idealizar os lares presentes nos estímulos do FAT, minimizando os aspectos do seu dia-a-dia, desenvolvendo histórias com personagens felizes e sem conflitos.

Já que os conflitos estão presentes nas histórias contadas pelas crianças de ambos os grupos, o que parece fazer a diferença é a capacidade de resolvê-los. Sabe-se que a qualidade da estabilidade das relações familiares está diretamente relacionada à interação dos membros da família, em seus respectivos papéis. Isso, por sua vez, afeta a capacidade dos indivíduos de adaptar-se às mudanças, de lidar com eventuais conflitos e de restaurar o equilíbrio, após uma adversidade. Havendo falha em encontrar uma solução efetiva para o conflito, pode ocorrer o colapso adaptativo do indivíduo e, por conseqüência, pode surgir um transtorno de ordem emocional, caracterizando-se o caminho inverso ao do desenvolvimento sadio e do crescimento. Assim, é papel da família fornecer experiências que capacitem o indivíduo a ajustar-se às diversas situações da vida, fornecendo, a partir do padrão familiar de funcionamento, modelos para seu sucesso ou fracasso, nas esferas pessoal, social e na solução de conflitos (Ackerman, 1986).

Parece importante, então, assinalar que a capacidade de resolução dos conflitos, bem como o tipo de resolução adotado (positivo ou negativo) têm relação direta com a qualidade de vida dos indivíduos, sua adaptação ao ambiente e seu estado emocional, fatores que estão, por sua vez, associados aos padrões familiares de relacionamento e enfrentamento de situações adversas. De acordo com esta idéia, é possível observar (Tabela 3), nas lâminas 7 (da cozinha, $p=0,020$), 9 (das tarefas escolares, $p=0,019$), 11 (da hora de dormir, $p=0,031$) e 18 (da viagem, $p<0,001$), que o grupo não-clínico encontrou mais soluções positivas para seus conflitos, em comparação com o grupo clínico. Assim, constata-se associação significativa entre o tipo de grupo não-clínico e a categoria resolução de conflito.

Vale salientar que a educação é tarefa da família, sendo esta o primeiro grupo social do qual a criança faz parte, e a partir do qual desenvolverá características de funcionamento e de relacionamento com o mundo. Comportamentos familiares, adequação às regras da vida em sociedade, respeito às diferenças e aos papéis de cada membro da família, bem como ao momento vivido por cada um dentro do ciclo evolutivo, irão servir como exemplo de funcionamento para a criança em desenvolvimento. Sendo assim, a inconstância do comportamento dos pais acarreta, conseqüentemente, a inconstância no

comportamento dos filhos. Famílias saudáveis, disfuncionais ou gravemente comprometidas, naturalmente desenvolverão indivíduos com um padrão de funcionamento coerente ao vivido na sua matriz familiar, que levarão para suas vidas, sérias dificuldades ou padrões adequados de interação e vinculação adulta (Cruz & Ramos, 2002). Neste contexto, fica claro que os transtornos de comportamentos infantis, tais como os investigados no presente estudo, são, em parte, produtos das interações entre a criança e sua família (Silva, 2000). Daí a importância da avaliação da percepção que a criança tem dos limites que lhe são impostos pelos pais.

Em relação, então, à categoria imposição de limites (Tabela 4), investigada através das histórias contadas para as lâminas do FAT, é possível verificar que não houve associação com significância estatística na comparação entre os grupos e as categorias. Contudo, é importante observar que mais crianças do grupo clínico contaram histórias que denotam uma imposição inapropriada de limites, sendo 64, contra 45 do grupo não-clínico. Este resultado sugere, de certa forma, que as crianças com TC, TDAH e TDO, neste estudo, demonstram uma percepção de um ambiente familiar mais desorganizado e de pais com atitudes, no que se refere à imposição de limites, mais inadequadas.

Sabe-se que o desenvolvimento de TC, TDAH e TDO está vinculado a uma multiplicidade de fatores, tais como os genéticos, os neurobiológicos e os ambientais. Dentre questões de ordem ambiental, alguns autores enfatizam a punição severa à agressividade da criança, a tensão entre os pais, os métodos falhos na sua educação e o reforço negativo ao comportamento desviante (Ackerman et al., 1999, Ferreira & Marturano, 2002, Mcardle, O'Brien & Kolvin, 2002, DSM-IV-TR, 2002, Perepletchikova & Kazdin, 2004). Conforme estes dados da literatura, não surpreende que as crianças do grupo clínico perceberem seus pais como mais inapropriados, no que tange a sua forma e capacidade de impor limites e de educá-las. Além disso, Lópes (2004) destaca que, com esta dinâmica, a criança pode adotar o comportamento agressivo como uma tentativa de resolver seus problemas e conflitos, desenvolvendo, assim, um padrão de funcionamento familiar que perpetua um estilo relacional, que acompanhará o indivíduo durante sua vida.

As outras categorias analisadas – fronteiras e tipo de sistema – levam em consideração o fato de que a família funciona através de transações que fixam padrões de como, quando e com quem se relacionar, reforçando o sistema e regulando o comportamento de seus membros. Estes padrões podem envolver regras universais que governam a organização familiar, bem como as expectativas dos membros da família. Assim se definem as fronteiras, conforme destaca Minuchin (1982), que servem para

proteger a diferenciação do sistema, preservando a autonomia funcional de suas partes. Alguns autores referem que o vínculo existente entre os pais de uma criança ou adolescente com algum distúrbio de conduta é poderoso e caótico, havendo incoerência em sua conduta – passam da passividade ou submissão, à agressividade ou rejeição (Perepletchikova & Kazdin, 2004). Além disso, famílias de crianças com TDAH parecem apresentar mais conflitos, pouca coesão e relacionamentos menos saudáveis, sendo que seus membros não costumam ter papéis e funções delimitados, tendo, conseqüentemente, dificuldades para diferenciar-se uns dos outros (Smith, 2000).

Nos resultados para as categorias fronteiras e tipo de sistema (Tabela 4), também não há associação com significância estatística. No entanto, é possível observar que mais crianças do grupo não-clínico deram respostas categorizadas como fronteiras nítidas (66), em relação à quantidade de crianças do grupo clínico (62), para o mesmo item. Em contrapartida, mais crianças do grupo clínico deram respostas de fronteiras confusas, rígidas ou difusas (89), em comparação com o grupo não-clínico (82).

Especificamente para a categoria tipo de sistema, na execução do presente estudo, constatou-se que ela é difícil de ser avaliada, pois raramente aparece de forma clara e definida na história contada pelas crianças. Como a proposta do FAT é que seja contada uma história para cada uma das cenas-estímulo apresentadas (lâminas), que, de maneira geral, ilustram situações predominantemente familiares, com pouca frequência as histórias tratam da inserção de outras pessoas/relações, que não dos membros familiares, e da reação da família quanto a isso, o que impossibilita a pontuação desta categoria como sistema aberto ou fechado, conforme sua conceituação (vide Quadro 1). Com este resultado, considerando-se que esta pesquisa se insere em um estudo maior, que trata da adequação do FAT para a realidade brasileira, fica como sugestão que a categoria tipo de sistema seja excluída do sistema de categorização das respostas dadas ao teste.

Para finalizar, cabe salientar que o estudo de técnicas projetivas, aliado à pesquisa científica, torna-se cada vez mais importante na atualidade, no sentido de disponibilizar mais recursos confiáveis para a avaliação psicológica da população. Especialmente, em se tratando de um instrumento projetivo com enfoque sistêmico, como o FAT, que possibilita o acesso à percepção familiar da criança, identificando o funcionamento familiar e auxiliando na compreensão do seu próprio funcionamento, a partir das histórias contadas na testagem.

A análise das respostas dadas ao FAT pelas crianças que participaram dessa pesquisa, tanto do grupo com indicação psicopatológica – transtorno de déficit de

atenção/hiperatividade, desafiador opositivo e de conduta – como do grupo não-clínico, não revelou diferenças estatísticas significativas na associação realizada entre os grupos. No entanto, muitos achados foram importantes, teórica e empiricamente, a fim de estimular novas pesquisas utilizando-se o teste, com a sugestão de que sejam realizados estudos com amostras maiores, o que provavelmente possibilitará que sejam encontrados resultados mais convincentes. É evidente que a compreensão do funcionamento familiar através do olhar particular de uma criança propiciará uma maior compreensão dos transtornos psicopatológicos, sobre os fatores associados a estes e, conseqüentemente, sobre os possíveis trabalhos preventivos a serem realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O desenvolvimento desse estudo possibilitou inúmeras aprendizagens, tanto no nível profissional, quanto pessoal. Inicialmente, pelo contato e mergulho no universo da pesquisa proporcionado por uma dissertação de mestrado, o que é fascinante e instigante àquele que nele se aventura. Também, pela aproximação a pessoas tão queridas, que em nome da pesquisa e da cumplicidade que acontece em um grupo de estudo, se faz contar de forma amigável e continente em um período em que o tempo urge.

Não menos importante, e de forma muito especial, o contato com as escolas que se disponibilizaram à pesquisa tornou possível momentos de muito crescimento, pois ela traz a tona um período da vida, em que toda e qualquer influência ou intervenção é essencial ao desenvolvimento da criança ou adolescente, colocando em pauta temas complexos como ensino/aprendizagem, diferenças, afetividade, respeito, limite, tolerância, enfim, questões diretamente ligadas à saúde, no geral. Todos esses aspectos também se ligam à família, que anteriormente e junto à escola trabalha em benefício da criança, para seu pleno desenvolvimento biopsicossocial. A troca realizada com os pais e com as crianças que, com inocência e espontaneidade, colaboraram com o trabalho, ensinou muito durante esse percurso, proporcionando muitas reflexões e considerações sobre dinâmica familiar, desenvolvimento saudável e disfuncional, ambiente escolar e sobre o instrumento utilizado, o FAT.

Os resultados da pesquisa, demonstrando associação estatística significativa somente para a categoria conflito e resolução de conflito no grupo não-clínico fazem pensar que provavelmente a forma de resolver os conflitos é que pode contribuir para um funcionamento familiar mais coerente e saudável, assim como para o de suas crianças, conseqüentemente. Também remete a reflexões sobre o estilo parental que a contemporaneidade demanda, aliado a questões pessoais, na correria do dia-a-dia, o que influencia no manejo e intervenção junto às crianças. Isso, tanto no que se refere ao ambiente familiar, quanto no escolar. Toda presença/influência é, por si só, uma intervenção, e é na escola que a criança passa, muitas vezes, a maior parte do seu tempo, no convívio com seus pares e professores, demandando cuidado e atenção por parte destes, o que nem sempre é possível por questões pessoais e pela dinâmica institucional.

Dessa maneira, acredita-se que a presente dissertação, através dos estudos teórico e empírico, proporcionou mais uma contribuição para o estudo dos transtornos psicopatológicos abordados – déficit de atenção/hiperatividade, desafiador-opositivo e de

conduta – assim como para estudos da família e da instituição escolar. Trata-se de um estudo inicial, que deixa dados e reflexões para aprofundamento em estudos futuros, mais longos e com amostras maiores, a fim de investigar de forma detalhada as possíveis associações entre transtornos psicopatológicos e ambiente familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (2001). *Integrative guide for the 1991 CBCL/6-18, YSR, TSR profiles*. Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, B. P., Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, K. & Izard, C. (1999). Family Instability and the Problem Behaviors of Children From Economically Disadvantaged Families. *Developmental Psychology*, 35 (1), pp. 259-268.
- Ackerman, N. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvarenga, P. & Piccinini, C. (2001). Práticas Educativas Maternas e Problemas de Comportamento em Pré-Escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, (3), pp. 449-460.
- Andrade, E. R. & Moraes, R. M. (2005). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In C. N. Abreu, T. S. Salzano, F. Vasques, Fo. R. Cangelli, T. A Cordas & Cols. (Orgs.). *Síndromes Psiquiátricas – diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental* (pp. 135-142). Porto Alegre: ArtMed.
- Angelini, L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F. & Duarte, J. L. M. (1999). *Manual de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Bordin, I. A. S. & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22 (2), pp. 12-15.
- Bordin, I., Martin, J. & Caeiro, M. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados preliminares. *Revista ABP-PAL*, 17, pp. 55-66.
- Buchanan, S. M. (1987). *A comparison of clinic and non-clinic children on the Family Apperception Test. Unpublished masters thesis*. Wake Forest University, Winston-Salem, NC.
- Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of Conduct Problems and Depressive Symptoms in Early Adolescent Boys: II.A 2 Year Follow Up at Grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Castellanos, F. X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of Attention-déficit; Hyperactivity Disorder: the Search for Endophenotypes. *Nature Revist Neuroscience*, 3, pp. 617-628.
- Cruz, F. M. & Ramos, L. J. (2002). Dificuldades escolares. In M. C. Costa & R. P. Souza (Orgs.). *Adolescência – aspectos clínicos e psicossociais* (pp.350-369). Porto Alegre: ArtMed.

- Cunningham, C. & Boyle, M. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 555-569.
- De La Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 40 (4), pp.347-360.
- DeKlyen, M. & Speltz, M. (2001). Attachment and conduct disorder. In Maughan, B. & Hill, Jonathan. *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 320-345). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- DeWolfe, N., Byrne, J. & Bawden, H. (2000). ADHD in preschool children: parent rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 42 (12), 825-830.
- DSM-IV-TR™ (2002). *Manual diagnóstico de estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Jorge, M. R. (Coord.). Porto Alegre: Artmed.
- Eaton, C. B. (1988). *The Family Apperception Test: A study of the construt validity of a long and short form*. Unpublished masters thesis. Wake Forest University, Winston-Salem, NC.
- Edwards, G., Barkley, R. A. & Laneri, M. (2001). Parent-Adolescent Conflict in Teenagers with ADHD and ODD. *Journal Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition? *World Psychiatry*, 2, pp. 104-113.
- Feric, M. (2002). Family as Risk and Protective Factor in Development of Behavior Disorders. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istrazivanja*, 38 (1), pp. 13-24.
- Ferreira, M. C. T. & Marturano, E. M. (2002). Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho Escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), pp. 35-44.
- Foley, V. D. (1990). *Introdução à Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gadow, K., Drabick, D., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A. & Schwartz, J. (2004). Comparision of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (6), 1135-1149.
- Gameiro, J. & Sampaio, D. (1985). *Terapia Familiar*. Edições Afrontamento.
- Gorman-Smith, D. & Loeber, R. (2005). Are Developmental Pathways in Disruptive Behaviors the same for Girls and Boys? *Journal of Child and Family Studies*, 14 (1), 15-27.

- Greene, R. W., Biederman, J. & Zerwas, S. (2002). Psychiatric Co-Morbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth with Oppositional Defiant Disorder. *American Journal Psychiatry*, 159 (7), 1214-1224.
- Greenson, J. N. (2001). A longitudinal study of attention deficit/ hyperactivity disorder symptoms in preschool age children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (2058), 4-B. (University Microfilms N° AAI30-13527)
- Ison, M. S. & Morelato, G. S. (2002). Family environment and development of cognitive abilities for interpersonal problem resolution in children. *Psyche: Revista de la Escuela de Psicología*, 11 (1), pp. 149-157.
- Jackson, D. (1967). The Eternal Triangle. In J. Haley & L. Hoffman (Orgs.). *Techniques of Family Therapy*. New York: Basic Books.
- Kadesjo, C., Hagglof, B., Kadesjo, B. & Gilberg, C. (2003). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with and Without Oppositional-Defiant Disorder in 3-to-7 Year Old Children. *Dev Medical Child Neurol*, 45, 693-699.
- Lópes, F. (2004). Problemas Afetivos e de Conduta na sala de aula. In Coll, C., Marchesi, A., Palacios, J. & colaboradores. *Desenvolvimento psicológico e educação – transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. Vol 3 (pp.113-128). Porto Alegre: ArtMed.
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L. & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), pp. 65-74.
- Loukas, A., Zucker, R., Fitzgerald, H. & Krull, J. (2003). Developmental trajectories of disruptive behavior problems among sons of alcoholics: effects of parent psychopathology, family conflict, and child undercontrol. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (1), 119-131.
- Lundquist, A. (1987). *A projective approach to family systems assessment: A preliminary validity study of the Family Apperception Test*. Unpublished masters thesis. Wake Forest University, Winston-Salem, NC.
- Mcardle, P., O'Brien, G. & Kolvin, I. (2002). Hyperactivity and Conduct Disorder: exploring origins. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 19 (2), 42-47.
- Menard, C. (2004). Clustering of child abuse, parental psychopathology, and other family-level stressors and children's psychosocial outcomes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (4891), 10-B. (University Microfilms N° AAI31-07538).

- Minuchin, S. (1982). Famílias, Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B. & Lanzendorfer, K. (2004). Family Conflict Tendency and ADHD. *Psychological Reports*, 94 (2), 577-580.
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), pp. 1-11.
- Olson, S. L., Bates, J. B., Sandy, J. M. & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 119-133.
- Outeiral, J. & Felipe, M. (2002). Distúrbios de comportamento. Dificuldades escolares. In Costa, M. C. & Souza, R. P. (Orgs.). *Adolescência – aspectos clínicos e psicossociais* (pp.350-369). Porto Alegre: ArtMed.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de Exame Psicológico – TEP*. Volume 1 – Fundamentos das técnicas Psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pastura, G. M., Mattos, P. & Araújo, A. P. Q. (2005). Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 6, pp. 324-329.
- Perepletchikova, M. A. F. & Kazdin, A. (2004). Assessment of Parenting Practices Related to Conduct Problems: Development and Validation of the Management of Children's Behavior Scale. *Journal of Child and Family Studies*, 13 (4), 385-403.
- Rodhe, L. A. & Benczik, E. B. P. (1999). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o Que é? Como Ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodhe, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.
- Roizblatt, A., Valdés, M, Florenzano, R. Rodríguez, J., Serrano, T., Labra, J., Lara, P. & López, M. (1997). Características familiares de adolescentes consultantes y no consultantes en unidades de salud mental. *Revista Chilena de Pediatría*, 68 (2), pp. 113-118.
- Serra-Pinheiro, M. A., Guimarães, M. M. & Serrano, M. E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (2), pp. 68-72.
- Serra-Pinheiro, M. A., Schmitz, M., Mattos, P. & Souza, I. (2004). Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, co-morbidades, tratamento e prognóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (4), pp. 273-276.

- Silva, A. T. B. (2000). Problemas de comportamento e comportamentos socialmente adequados: sua relação com as habilidades sociais educativas de pais. *Dissertação de Mestrado não-publicada*, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Smith, D. P. (2000). An examination of the interaction between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, the family environment, and criminal behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (4252), 8-B. (University Microfilms N° AAI9944333)
- Sotile, M., Julian III, A., Henry, S. E. & Sotile, M. O. (1991). *Family Apperception Test – F.A.T. Manual*. Los Angeles: Wps, Western Psychologi.
- Tremblay, R. E., Phil, R. O., Vitaro, F. & Dobkin, P. L. (1994). Predicting Early Onset of Male Antisocial Behavior from Preschool Behavior. *Archive Gen Psychology*, 51, 732-738.
- Werlang, B. G. (2000). Avaliação inter e transgeracional da família. In J. A.Cunha (Org). *Psicodiagnóstico V*. (pp.141-150). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

ANEXOS

ANEXO 1
FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS¹

Instituição: _____

Data: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) CRIANÇA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Série Atual: _____

Repetiu alguma série?

() Não () Sim Quantas vezes? _____

Qual série? _____

Como tem sido atualmente, seu desempenho na escola?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

Já foi suspenso(a) ou expulso(a) da escola? Por que?

Os professores têm queixas a seu respeito?

() Não () Sim

Quais são as queixas?

() Falta de atenção () Desorganização () Falta de interesse

() Não realiza as tarefas escolares () Conduta inadequada: palavrões, brigas

() Outras

Desde quando? _____

Apresenta alguma doença Física? () Não () Sim

Qual? _____

Apresenta alguma doença Psicológica? () Não () Sim

Qual? _____

Faz ou fez algum tipo de tratamento?

() Não () Sim

Quais? _____

Toma medicamentos? () Não () Sim

Quais medicamentos? _____

¹ Organizada pelo grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela prof^a Dr^a Blanca Susana Guevera Werlang.

DADOS FAMILIARES:

Com quem mora a criança?

 Pai Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

 Mãe Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

 Madrasta/Padrasto Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

 Irmãos: Quantos? _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

 Avô/Avó **Outros:** _____ (Especifique)**RENDA FAMILIAR:**

Até 1 salário mínimo ()

1 a 3 salários mínimos ()

3 a 5 salários mínimos ()

Acima de 5 salários mínimos ()

DOS ITENS ABAIXO, ASSINALE QUAIS E QUANTOS VOCÊ POSSUI EM SUA RESIDÊNCIA.

Itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão a cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

ANEXO 2

Carta aos pais ou responsáveis (estudantes do G1)²

Porto Alegre, _____ de _____ de 2005.

Senhores Pais ou Responsáveis,

Através desta, gostaríamos de lhes explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com crianças entre 6 e 11 anos e meio, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, aqui representado pela psicóloga Maura Marques de Souza Nunes.

Sabemos através de nossa experiência profissional que a família é fundamental para o desenvolvimento psicossocial da criança. Dessa maneira, este estudo tem como principal objetivo verificar o tipo de respostas dadas ao Teste de Apercepção Familiar (FAT) por crianças entre 06 e 11 anos e meio. Este instrumento compreende 21 lâminas que apresentam cenas da vida cotidiana que podem mostrar certos aspectos das relações do contexto familiar. Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa. Para isso é necessário que os pais ou responsáveis preencham uma ficha de dados sociodemográficos, assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compareçam à escola para responder ao *Child Behavior Checklist* – CBCL, um inventário para avaliar o comportamento infantil. A criança deverá responder, a dois instrumentos: o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial para avaliar o nível de rendimento intelectual e o Teste de Apercepção Familiar – FAT). Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar (em dois encontros), com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em danos ao andamento normal das atividades curriculares. Em princípio, o maior incômodo a que seu filho(a) estará submetido será a disposição de tempo para responder aos instrumentos, e o maior benefício será a participação em um trabalho científico.

As informações obtidas através dos instrumentos serão de caráter confidencial; a elas só terão acesso os pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa, que analisarão os dados do ponto de vista estatístico de sua representatividade para o grupo de crianças em estudo. Com isso, pretendemos manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Desde já agradecemos muito a sua colaboração e solicitamos que a Ficha de Dados Demográficos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, sejam enviados completamente preenchidos, através de seu filho(a), para a escola, em um prazo de dois dias. Uma cópia desta carta, bem como do Termo de Consentimento ficarão com você.

Profª Blanca S. Guevara Werlang
Psicóloga CRP 07/ 2126
Orientadora da Pesquisa

Maura Marques de Souza Nunes
Psicóloga CRP 07/11547
Mestranda em Psicologia

² Organizada pelo grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela prof^a Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (estudantes do G1)³

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho(a) possa participar da presente pesquisa, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) através do grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos” coordenado pela Dra. Blanca Guevara Werlang. Este estudo tem como principal objetivo investigar o tipo de respostas dadas ao Teste de Apercepção Familiar (FAT) por crianças entre 06 e 11 anos e meio. Tal estudo prevê a participação de crianças entre 6 e 11 anos e meio, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que as crianças respondam a dois instrumentos (o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e o Teste de Apercepção Familiar – FAT). Essa atividade será realizada na própria instituição escolar, sem prejuízo das atividades escolares, em 2 encontros de aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo, Maura Marques de Souza Nunes. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsáveis pelo estudo. O maior desconforto para as crianças será o tempo de que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável pela criança) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual meu filho(a) estará envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) XXXXX da psicóloga Maura Marques de Souza Nunes, ou através do telefone (51) XXXXX em que poderei contatar com a Dr^a Blanca Werlang, professora orientadora deste estudo. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação do meu filho(a) na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por meu filho(a) fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável

Data

Maura Marques de Souza Nunes
Mestranda em Psicologia PUCRS

Data

³ Organizado pelo grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela prof^a Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang.

ANEXO 4**Carta para os pais ou responsáveis (estudantes do G2)⁴**

Porto Alegre, _____ de _____ de 2005.

Senhores Pais ou Responsáveis,

Através desta, gostaríamos de lhes explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com crianças entre 6 e 11 anos e meio, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, aqui representado pela psicóloga Maura Marques de Souza Nunes.

Sabemos através de nossa experiência profissional que a família é fundamental para o desenvolvimento psicossocial da criança. Dessa maneira, este estudo tem como principal objetivo verificar o tipo de respostas dadas ao Teste de Apercepção Familiar (FAT) por crianças entre 06 e 11 anos e meio. Este instrumento compreende 21 lâminas que apresentam cenas da vida cotidiana que podem mostrar certos aspectos das relações do contexto familiar. Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa. Para isso é necessário que os pais ou responsáveis preencham uma ficha de dados sociodemográficos e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A criança deverá responder, a dois instrumentos: o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial para avaliar o nível de rendimento intelectual e o Teste de Apercepção Familiar – FAT). Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar (em dois encontros), com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em danos ao andamento normal das atividades curriculares. Em princípio, o maior incômodo a que seu filho(a) estará submetido será a disposição de tempo para responder aos instrumentos, e o maior benefício será a participação em um trabalho científico.

As informações obtidas através dos instrumentos serão de caráter confidencial; a elas só terão acesso os pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa, que analisarão os dados do ponto de vista estatístico de sua representatividade para o grupo de crianças em estudo. Com isso, pretendemos manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Desde já agradecemos muito a sua colaboração e solicitamos que a Ficha de Dados Demográficos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, sejam enviados completamente preenchidos, através de seu filho(a), para a escola, em um prazo de dois dias. Uma cópia desta carta, bem como do Termo de Consentimento ficarão com você.

Profa Blanca S. Guevara Werlang
Psicóloga CRP 07/ 2126
Orientadora da Pesquisa

Maura Marques de Souza Nunes
Psicóloga CRP 07/11547
Mestranda em Psicologia

⁴ Organizada pelo grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela prof^a Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang.

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (estudantes do G2)⁵

Estamos solicitando sua autorização para que seu filho(a) possa participar da presente pesquisa, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) através do grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos” coordenado pela Dra. Blanca Guevara Werlang. Este estudo tem como principal objetivo investigar o tipo de respostas dadas ao Teste de Apercepção Familiar (FAT) por crianças entre 06 e 11 anos e meio. Tal estudo prevê a participação de crianças entre 6 e 11 anos e meio, estudantes de escolas públicas e privadas, do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que as crianças respondam a dois instrumentos (o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e o Teste de Apercepção Familiar – FAT). Essa atividade será realizada na própria instituição escolar, sem prejuízo das atividades escolares, em 3 encontros de aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo, Maura Marques de Souza Nunes. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsáveis pelo estudo. O maior desconforto para as crianças será o tempo de que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável pela criança) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual meu filho(a) estará envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) XXXXX da psicóloga Maura Marques de Souza Nunes, ou através do telefone (51) XXXXX em que poderei contatar com a Dr^a Blanca Werlang, professora orientadora deste estudo. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação do meu filho(a) na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por meu filho(a) fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável

Data

Maura Marques de Souza Nunes
Mestranda em Psicologia PUCRS

Data

⁵ Organizado pelo grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela prof^a Dr^a Blanca Susana Guevara Werlang.

ANEXO 6

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Ofício 013/2005
CR/CC

Porto Alegre, 10 de novembro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado "A PERCEPÇÃO FAMILIAR EM CRIANÇAS COM OU SEM TRANSTORNOS DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E DE COMPORTAMENTO DIRUPTIVO".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem precisar passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas da pesquisa e estar a mesma vinculada ao projeto maior "TESTE DE APERCEPÇÃO: ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE E VALIDADE", o qual já possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente

Prof.ª. Dra. Marisa Campio Müller

Coordenadora da Comissão Científica da FAPSI

Ilmo(a) Sr(a)

Mestranda **Maura Marques de Souza Nunes**

Nesta Universidade