

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E  
CIÊNCIAS HUMANAS

**ARTETERAPIA COM CRIANÇAS  
HOSPITALIZADAS**

Ana Cláudia Afonso Valladares

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para concorrer ao Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental.

Ribeirão Preto – São Paulo

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E  
CIÊNCIAS HUMANAS

**ARTETERAPIA COM CRIANÇAS  
HOSPITALIZADAS**

Ana Cláudia Afonso Valladares

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para concorrer ao Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto – São Paulo

2003

Ficha catalográfica preparada pela Seção de Tratamento  
da Informação do Serviço de Biblioteca – EESC-USP

Valladares, Ana Cláudia Afonso

Arteterapia com crianças hospitalizadas / Ana Cláudia Afonso Valladares. –  
Ribeirão Preto, 2003. 258 p: il., 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -  
Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Pimenta Carvalho

1. Arteterapia 2. Terapia pela arte 3. Criança hospitalizada 4. Saúde mental.

Data da Defesa: 12 de dezembro de 2003.

## **Banca Examinadora**

Profª Drª Cristina Dias Alessandrini

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profª Drª Regina Aparecida Garcia de Lima

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

A **DEUS**, por possibilitar a concretização de mais um sonho em minha vida.

Aos meus pais **LUIZ CARLOS** e **ANA AMÉLIA**, pela minha formação e estímulo  
ao meu aperfeiçoamento técnico e pessoal.

Aos meus irmãos **VALLADARES, ANA CAROLINA E LUCIANA** (e família:  
**Júnior e Ana Paula**), pelo acolhimento compartilhado nos  
momentos de alegria e sacrifício.

À minha grande amiga **ANA ELISA**, com a qual compartilhei alegrias e  
sofrimentos. A nossa amizade foi essencial para que esses  
momentos difíceis se tornassem divertidos e me encorajou a chegar  
até o fim.

Aos **PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS** que, com grande responsabilidade,  
investem na formação pessoal e profissional de pessoas, objetivando  
construir uma sociedade melhor.

Aos **ENFERMEIROS E ARTETERAPEUTAS** que, no seu cotidiano profissional,  
almejam oferecer melhor qualidade de vida aos seres humanos.

## AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À **ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Amélia Costa Mendes, pela oportunidade concedida;

Ao **DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS**, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Toyoko Saeki, por me permitir desfrutar do conhecimento científico;

À **FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**, em nome da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa, pelo estímulo permanente ao aperfeiçoamento;

Ao **HOSPITAL ANUAR AUAD/HDT**, na pessoa da Coordenadora do Comitê em Pesquisa, Célia Rita de Oliveira Paes, pela confiança depositada em novas práticas terapêuticas;

Ao **ALQUIMY ART**, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Alessandrini, pelos conhecimentos obtidos e bibliografia cedida.

Ao **CNPq**, pelo apoio financeiro, sem o qual a realização deste trabalho não seria possível.

## AGRADECIMENTOS PESSOAIS

À amiga e **ORIENTADORA** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Pimenta Carvalho, pelas diretrizes seguras e permanente incentivo;

Aos meus **PROFESSORES DOUTORES DA EERP/USP**: Maria Cristina, Regina Furegato, Pedrão, Margarita, Luciane Kantorski, Cila, Beth do Valle, Renata e Sônia Bueno, pelo apoio e conhecimentos transmitidos;

Aos meus colegas **PROFESSORES DA FEN/UFG**, em especial: Maria Alves, Loures, Beth, Denize, Ruth, Marinésia, Lizete, Ângela, Marcelo, Ana Luiza, Virgínia, Clacy e Márcia, pelo apoio e estímulo constantes;

Aos meus **COLEGAS ARTETERAPEUTAS**: Ângela Philippini, Ana Alice Francisquetti, Helena Urban, Selma Ciornai, Cristina Alessandrini, pelo estímulo e conhecimentos transmitidos;

Aos meus **AMIGOS E FAMILIARES**, em destaque à tia Glorinha, tio Floriano, Ana Elisa, Juan, Martha, Mariana, Fabiana, d. Nilza, Cris, Ricardos, Ana Carla, Lara, Sandra e Thaísa, pela cumplicidade e apoio nos momentos de alegria e sacrifício;

À equipe do HOSPITAL HDT, em especial à **EQUIPE DE PSICOLOGIA**: Ceres Lêda, Vera e Lúcia; **EQUIPE DA TERAPIA OCUPACIONAL**; às **PROFESSORAS**; à **EQUIPE DE ENFERMAGEM**, em especial à Ana Maria, Socorro, Lílian, entre outros, pela confiança depositada. E à **FAMÁCIA** - por ter cedido sucata hospitalar;

Aos meus **AUXILIARES DE PESQUISA**: Flora Elisa, Amélia, Cláudia, Vitória, Nélio, Simone, Veruska, Fabiana, Tatiana, Juliana, Cleuza, meu reconhecimento e gratidão;

Às **CRIANÇAS** que compuseram a amostra deste estudo e seus **RESPONSÁVEIS**, pela compreensão em prol da ciência;

Às professoras integrantes da **BANCA DE QUALIFICAÇÃO**: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regina Lima e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Alessandrini, pela disponibilidade e valiosas contribuições durante esse exame;

Às **PESSOAS** que auxiliaram na confecção da dissertação: à Zezé pela revisão do vernáculo, ao Carlos pelo resumo em inglês, ao Juan por realizar a versão

da língua espanhola, à Carla pela arte gráfica da capa, à Bernadete pela revisão das normas bibliográficas e à Danielle pelos capítulos da monografia de Jung;

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução deste trabalho expresso meus sinceros agradecimentos.



## EPIGRAFE

*“A hora mais escura  
da noite é justamente  
aquela que nos  
permite ver  
melhor as estrelas”*

(Charles A. Beard)

*“A melhor recompensa  
para o trabalho  
não é o que se  
ganha, mas o que  
se torna com ele”*

(Jean Ruskin)

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### *LISTA DE TABELAS*

		<i>Página</i>
<b>TABELA 1</b>	Roteiro de avaliação do desenvolvimento plástico relacionado ao número de modalidades artísticas, aos instrumentos e adaptação dos modelos específicos. Goiânia – 2003	92
<b>TABELA 2</b>	Valores dos escores referentes à avaliação comportamental inicial dos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), em termos da média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia – 2003	100
<b>TABELA 3</b>	Valores dos escores referentes à avaliação comportamental final dos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), em termos da média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia – 2003	101
<b>TABELA 4</b>	Valores dos escores referentes à avaliação do desenvolvimento plástico inicial, obtidos nos dois grupos (A – experimental e B – controle), em termos de média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia - 2003	109
<b>TABELA 5</b>	Valores dos escores referentes à avaliação do desenvolvimento plástico final, obtidos nos dois grupos (A – experimental e B – controle), em termos de média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia – 2003	110
<b>TABELA 6</b>	Valores das médias, desvio padrão, mediana e amplitude de variação dos escores obtidos na avaliação inicial dos sujeitos dos dois grupos (experimental e controle), nas produções plásticas. Goiânia – 2003	124
<b>TABELA 7</b>	Valores das médias, desvio padrão, mediana e amplitude de variação dos escores obtidos na avaliação final dos sujeitos dos dois grupos (experimental e controle) nas produções plásticas. Goiânia – 2003	125
<b>TABELA 8</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases de avaliação do desenvolvimento gráfico, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	235
<b>TABELA 9</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da perspectiva, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	235

<b>TABELA 10</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da pintura, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	236
<b>TABELA 11</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da colagem, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	237
<b>TABELA 12</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases do recorte a dedo, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	237
<b>TABELA 13</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases do recorte com tesoura, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	238
<b>TABELA 14</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases de modelagem, nas avaliações inicial e final. Goiânia – 2003	239
<b>TABELA 15</b>	Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da construção, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003	240

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### *LISTA DE QUADROS*

	<i>página</i>
<b>QUADRO 1</b> Distribuição da amostra conforme o grupo (experimental ou controle), segundo sexo, escolaridade, diagnóstico clínico, isolamento, local de atendimento, residência e idade. Goiânia - 2003	77
<b>QUADRO 2</b> Esquema (1) dos procedimentos empregados com as crianças hospitalizadas. Goiânia – 2003	85
<b>QUADRO 3</b> Esquema (2) dos procedimentos empregados com as crianças hospitalizadas. Goiânia - 2003	85
<b>QUADRO 4</b> Comparação dos escores obtidos nos dois grupos (experimental e controle) nas avaliações inicial e final, quanto ao comportamento da criança. Goiânia – 2003	102
<b>QUADRO 5</b> Comparação intragrupo dos escores obtidos nas avaliações inicial e final quanto ao comportamento. Goiânia – 2003	107
<b>QUADRO 6</b> Comparação entre os grupos (experimental e controle) dos escores obtidos nas avaliações inicial e final, nos itens relativos ao desenvolvimento plástico. Goiânia – 2003	111
<b>QUADRO 7</b> Comparação intragrupo dos escores obtidos nas avaliações inicial e final, com relação ao desenvolvimento plástico. Goiânia – 2003	120
<b>QUADRO 8</b> Comparação dos escores obtidos nas avaliações inicial e final dos grupos (experimental e controle), quanto às produções plásticas. Goiânia – 2003	126
<b>QUADRO 9</b> Comparação intragrupal dos escores obtidos nas avaliações inicial e final, com relação à produção plástica. Goiânia – 2003	133
<b>QUADRO 10</b> Distribuição das crianças no estudo. Goiânia – 2003	225
<b>QUADRO 11</b> Pontuação total relativa à avaliação do comportamento das crianças do grupo A (experimental), nos períodos inicial e final. Goiânia – 2003	226
<b>QUADRO 12</b> Pontuação total relativa à avaliação do comportamento das crianças do grupo B (controle), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003	226

<b>QUADRO 13</b>	Pontuação total relativa à avaliação do desenvolvimento plástico das crianças do grupo A (experimental), nos períodos inicial e final. Goiânia – 2003	227
<b>QUADRO 14</b>	Pontuação total relativa à avaliação do desenvolvimento plástico das crianças do grupo B (controle), nos períodos inicial e final. Goiânia – 2003	227
<b>QUADRO 15</b>	Pontuação total relativa à avaliação da produção plástica das crianças do grupo A (experimental), nos períodos inicial e final. Goiânia – 2003	228
<b>QUADRO 16</b>	Pontuação total relativa à avaliação da produção plástica das crianças do grupo B (controle), nos períodos inicial e final. Goiânia – 2003	228
<b>QUADRO 17</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à arteterapeuta, na avaliação inicial. Goiânia – 2003	229
<b>QUADRO 18</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à arteterapeuta, na avaliação final. Goiânia – 2003	229
<b>QUADRO 19</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à arteterapeuta, na avaliação inicial. Goiânia – 2003	230
<b>QUADRO 20</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à arteterapeuta, na avaliação final. Goiânia – 2003	230
<b>QUADRO 21</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação ao material, na avaliação inicial. Goiânia – 2003	231
<b>QUADRO 22</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação ao material, na avaliação final. Goiânia – 2003	231
<b>QUADRO 23</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação ao material, na avaliação inicial. Goiânia – 2003	232
<b>QUADRO 24</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação ao material, na avaliação final. Goiânia – 2003	232

<b>QUADRO 25</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação inicial. Goiânia – 2003	233
<b>QUADRO 26</b>	Pontuação total da avaliação de comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação final. Goiânia – 2003	233
<b>QUADRO 27</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação inicial. Goiânia – 2003	234
<b>QUADRO 28</b>	Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação final. Goiânia – 2003	234
<b>QUADRO 29</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	241
<b>QUADRO 30</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia – 2003	241
<b>QUADRO 31</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	242
<b>QUADRO 32</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia – 2003	242
<b>QUADRO 33</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	243
<b>QUADRO 34</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia – 2003	243
<b>QUADRO 35</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	244
<b>QUADRO 36</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia – 2003	244

<b>QUADRO 37</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	245
<b>QUADRO 38</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia – 2003	245
<b>QUADRO 39</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	246
<b>QUADRO 40</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia – 2003	246
<b>QUADRO 41</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	247
<b>QUADRO 42</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia – 2003	247
<b>QUADRO 43</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	248
<b>QUADRO 44</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia – 2003	248
<b>QUADRO 45</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	249
<b>QUADRO 46</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia – 2003	249
<b>QUADRO 47</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia – 2003	250
<b>QUADRO 48</b>	Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia – 2003	250

## ***LISTA DE ILUSTRAÇÕES***

### ***LISTA DE FIGURAS***

	<i>página</i>
<b>Figura 1</b>	Estágios de Luquet e Lowenfeld, para descrição das produções gráficas 16
<b>Figura 2</b>	Desenho de pesquisa quase-experimental, grupo controle não-equivalente 70
<b>Figura 3</b>	Desenho da seleção da amostra para intervenção nos grupos 76
<b>Figura 4</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final quanto ao comportamento das crianças dos dois grupos (A e B), em relação à arteterapeuta 103
<b>Figura 5</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final quanto ao comportamento das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle), em relação ao material 104
<b>Figura 6</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, quanto à comunicação não-verbal das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle) 106
<b>Figura 7</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle), no que se refere ao desenvolvimento gráfico (desenho) 112
<b>Figura 8</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da perspectiva (desenho) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle) 113
<b>Figura 9</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da pintura, pelas crianças dos grupos A (experimental) e B (controle) 114
<b>Figura 10</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da colagem das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle) 115
<b>Figura 11</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases do recorte a dedo das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle) 116



<b>Figura 12</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases do recorte com tesoura das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	117
<b>Figura 13</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da modelagem das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	118
<b>Figura 14</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, no desenvolvimento da construção das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	119
<b>Figura 15</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (desenho) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	127
<b>Figura 16</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (pintura) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	128
<b>Figura 17</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (colagem) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	130
<b>Figura 18</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (modelagem) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	131
<b>Figura 19</b>	Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (construção) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)	132
<b>Figura 20</b>	Média total dos escores obtidos nas avaliações inicial e final das crianças do grupo A (experimental), no desenvolvimento das produções plásticas	136
<b>Figura 21</b>	Média total dos escores obtidos nas avaliações inicial e final dos sujeitos do grupo B (controle), no desenvolvimento das produções plásticas	137
<b>Figura 22</b>	Escores médios obtidos nas avaliações inicial e final das avaliações comportamentais, do desenvolvimento e produção plástica, de cada sujeito do grupo A (experimental)	138- 139
<b>Figura 23</b>	Escores médios obtidos nas avaliações inicial e final das avaliações comportamentais, de desenvolvimento e produção plástica, de cada sujeito do grupo B (controle)	141- 142

<b>Figura 24</b>	Desenho produzido pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial	251
<b>Figura 25</b>	Desenho produzido pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final	251
<b>Figura 26</b>	Pintura produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial	252
<b>Figura 27</b>	Pintura produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final	252
<b>Figura 28</b>	Colagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial	252
<b>Figura 29</b>	Colagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final	252
<b>Figura 30</b>	Modelagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial	253
<b>Figura 31</b>	Modelagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final	253
<b>Figura 32</b>	Construção produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial	253
<b>Figura 33</b>	Construção produzido pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final	253
<b>Figura 34</b>	Desenho produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial	254
<b>Figura 35</b>	Desenho produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final	254
<b>Figura 36</b>	Pintura produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial	255
<b>Figura 37</b>	Pintura produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final	255
<b>Figura 38</b>	Colagem produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial	255
<b>Figura 39</b>	Colagem produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final	255

<b>Figura 40</b>	Modelagem produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial	256
<b>Figura 41</b>	Modelagem produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final	256
<b>Figura 42</b>	Construção produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial	256
<b>Figura 43</b>	Construção produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final	256

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AACD** – Associação de Assistência a Crianças Defeituosas

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CCSEB** – Critério de Classificação Sócio-Econômica do Brasil

**ETC** – Continuum Das Terapias Expressivas

**HAA/HDT/SES** – Hospital Anuar Aud/ de Doenças Tropicais/ da Secretaria  
Estadual de Saúde

**SDT** – Teste do Desenho de Silver

**TCE** – Traumatismo Crânio Encefálico

**UFG** – Universidade Federal de Goiás

**USP** – Universidade de São Paulo

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**LISTA DE APÊNDICES**

	<i>página</i>
<b>APÊNDICE A</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	197
<b>APÊNDICE B</b> Cadastro de Identificação dos Casos em Estudo	198
<b>APÊNDICE C</b> Cadastro de Identificação de Atividades Artísticas nos Casos Experimentais em Estudo	199
<b>APÊNDICE D</b> Questionário com a Escala A2 de Rutter adaptada por Graminha	200
<b>APÊNDICE E</b> Ficha de Avaliação de Características de Comportamento das Crianças	204
<b>APÊNDICE F</b> Modelos Não-Verbais de Comunicação	207
<b>APÊNDICE G</b> Roteiro para Avaliação de Desenvolvimento da Criança	208
<b>APÊNDICE H</b> Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Gráfico Bidimensional da Criança	213
<b>APÊNDICE I</b> Fases Evolutivas da Construção da Perspectiva no Desenho da Criança	214
<b>APÊNDICE J</b> Fases da Aprendizagem de Pintura	215
<b>APÊNDICE K</b> Fases da Aprendizagem de Colagem	216
<b>APÊNDICE L</b> Fases da Aprendizagem de Recorte a Dedo	217
<b>APÊNDICE M</b> Fases da Aprendizagem de Recorte com Tesoura	218
<b>APÊNDICE N</b> Seqüência de Fases da Modelagem	219
<b>APÊNDICE O</b> Ficha de Avaliação do Desempenho do Fazer Tridimensional da Criança (Construção e Objetos)	220
<b>APÊNDICE P</b> Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica/Gráfica	221
<b>APÊNDICE Q</b> Modelo de Avaliação Simbólica da Produção Gráfica Infantil	223
<b>APÊNDICE R</b> Distribuição das Crianças no Estudo	225

<b>APÊNDICE S</b>	Pontuações na Avaliação do Comportamento, do Desenvolvimento e das Produções Plásticas	226
<b>APÊNDICE T</b>	Pontuações Relativas ao Comportamento, Desenvolvimento e Produções Plásticas nas Categorias dos Instrumentos Utilizados	229
<b>APÊNDICE U</b>	Exemplo de Casos (Experimental e Controle)	251

**LISTA DE ANEXOS***página*

<b>ANEXO A</b>	Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	257
<b>ANEXO B</b>	Crêterios da Classificação Socioecon�mica Brasil (CCSEB)	258

## SUMÁRIO

	<i>página</i>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÃO</b> .....	ix
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	xix
<b>LISTA DE APÊNDICES</b> .....	xx
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	xxii
<b>RESUMO</b> .....	xxv
<b>SUMMARY</b> .....	xxvi
<b>RESUMÉN</b> .....	xxvii
<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	01
1.1 - O Problema .....	07
1.2 – Justificativa .....	08
<b>2 – OBJETIVOS</b> .....	10
<b>3 - REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	11
3.1 - Desenvolvimento Infantil .....	11
3.1.1 - Desenvolvimento do escolar .....	11
3.1.2 - Desenvolvimento evolutivo da arte infantil .....	15
3.1.3 – Produções gráficas espaciais como recurso de comunicação ou como forma de expressão .....	23
3.2 - O Brincar e a Criança Hospitalizada .....	26
3.2.1 - O processo de hospitalização .....	26
3.2.2 - Hospitalização da criança .....	30
3.2.3 - Importância do brincar para a criança hospitalizada .....	34
3.3 – Arteterapia .....	39
3.3.1 – Histórico e pressupostos teóricos da arteterapia .....	39
3.3.2 – A arteterapia na abordagem junguiana .....	50
3.3.3 - Desenvolvimento do processo arteterapêutico .....	59
3.3.4 – Arteterapia: um caminho em pediatria hospitalar .....	65
<b>4 – METODOLOGIA</b> .....	68
4.1 – Tipologia .....	68
4.2 – Local .....	71



4.3 - Amostra .....	72
4.3.1 - Critérios de inclusão .....	72
4.3.2 - Critérios de exclusão .....	73
4.4 – Variáveis .....	73
4.4.1 - Variáveis de controle .....	73
4.4.2 - Variáveis dependentes .....	74
4.4.3 - Variável independente .....	74
4.5 – Procedimentos .....	74
4.5.1 – Aspectos éticos .....	74
4.5.2 – Seleção .....	75
4.5.3 – Técnicas .....	77
4.5.4 – Materiais .....	86
4.6 - Instrumentos de Coleta de Dados .....	89
4.7 - Validação dos Instrumentos .....	96
4.8 - Análise dos Dados .....	96
<b>5 – RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
5.1 – Avaliação do Comportamento .....	100
5.2 – Avaliação do Desenvolvimento Plástico .....	108
5.3 – Avaliação das Produções .....	123
5.4 – Avaliação Geral.....	137
<b>6 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>144</b>
6.1 – Do Comportamento .....	145
6.2 – Do Desenvolvimento Plástico .....	150
6.3 - Das Produções Plásticas .....	155
6.4 – Dos Resultados Gerais .....	168
<b>7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>175</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>257</b>

## RESUMO

VALLADARES, A. C. A. **Arteterapia com crianças hospitalizadas**. 2003. 258 p. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A hospitalização institui uma crise na vida da criança e afeta tanto seu lado orgânico como o psíquico, determinando distúrbios comportamentais diversos e interrompendo seu desenvolvimento normal. Assim, o trabalho junto às crianças hospitalizadas torna-se fundamental para amenizar os efeitos negativos da doença, hospitalização e tratamento, que ameaçam seu desenvolvimento psicossocial normal. A arteterapia, meio de expressão e criação, restabelece uma maneira natural da criança comunicar-se com as outras pessoas; através dela a criança amplia seu conhecimento sobre o mundo e se desenvolve emocional e socialmente, motivo pelo qual não deve faltar na vida de qualquer criança, especialmente daquelas hospitalizadas. O objetivo deste trabalho é analisar os efeitos da utilização da arteterapia com crianças hospitalizadas. Trata-se de uma pesquisa com a abordagem quase-experimental, baseada em estudos quantitativos, fundamentados na mudança de comportamento e desenvolvimento das crianças hospitalizadas, bem como das imagens configuradas. Participaram do estudo 20 crianças, distribuídas em dois grupos: grupo experimental (n=10) e grupo controle (n=10). Crianças pertencentes ao grupo experimental submeteram-se às intervenções em arteterapia, sendo avaliadas através de instrumentos preestabelecidos, antes e após as intervenções em arteterapia, enquanto as do grupo controle também foram avaliadas no mesmo período, porém sem as referidas intervenções. A análise dos dados mostrou que as crianças do grupo experimental melhoraram seu comportamento, desenvolvimento plástico e produções plásticas, ao contrário das do outro grupo, que permaneceram com desempenhos mais uniformes. A arteterapia constituiu-se num excelente meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança hospitalizada e neutralizar os fatores de ordem afetiva que, naturalmente, surgem, além de expor potenciais mais saudáveis da criança, por vezes pouco estimulados no contexto da hospitalização.

Palavras-chaves: terapia pela arte, saúde mental, criança hospitalizada

## SUMMARY

VALLADARES, A. C. A. **Art therapy with hospitalized children** 2003. 258 p. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Hospitalization establishes a crisis in children's lives and affects both their organic and mental realms, thus determining various behavioral disorders and interrupting normal development. Therefore, working with hospitalized children is fundamental in order to alleviate the negative effects of the disease, hospitalization and treatment which threaten their normal psychosocial development. Art therapy, a means of expression and creation, re-establishes the child's normal form of communication with other people; through it the child expands his/her knowledge about the world and develops both mentally and socially, and for this reason, it must be present in all children's lives, particularly of those who are hospitalized. This work aimed at analyzing the effects of using art therapy with hospitalized children. It is a study with a quasi-experimental approach based on quantitative analyses of behavioral and developmental changes in hospitalized children as well as of the configured images. Twenty children participated in the study and they were distributed into two groups: experimental group (n=10) and control group (n=10). The children comprising the experimental group were submitted to art therapy interventions and were evaluated through pre-established instruments prior to and after the interventions. Those in the control group were also evaluated in the period; however, the interventions were not used. Data analysis showed that the children in the experimental group improved their behavior, plastic development and plastic production in opposition to those in the control group, who maintained more uniform behaviors. Art therapy constituted an excellent means to positively guide the hospitalized child's development variables as well as to neutralize the naturally arising affection-related factors, in addition to exposing the child's healthiest potentials which are seldom stimulated in the hospitalization setting.

Key words: art therapy, mental health, hospitalized child.

## RESUMÉN

VALLADARES, A. C. A. **Arteterapia con niños hospitalizados**. 2003. 258 p. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

La hospitalización instituye una crisis en la vida del niño y afecta tanto su lado orgánico como el psíquico, determinando disturbios comportamentales diversos e interrumpiendo su desarrollo normal. Así, el trabajo junto a los niños hospitalizados se torna fundamental para aminorar los efectos negativos de la enfermedad, hospitalización y tratamiento, que amenazan su desarrollo psicosocial normal. El arteterapia, medio de expresión y creación restablece una manera natural del niño para comunicarse con otras personas; a través de ella, el niño amplía el conocimiento sobre el mundo y se desarrolla emocional y socialmente, motivo por el cual no debe faltar en la vida de cualquier niño, especialmente de los hospitalizados. El objetivo de este trabajo es analizar los efectos de la utilización del arteterapia con niños hospitalizados. Se trata de una investigación de abordaje cuasi-experimental, basado en estudios cuantitativos, fundamentados en un cambio de comportamiento, desarrollado en niños hospitalizados, así como de las imágenes configuradas. Participan en el estudio 20 niños, distribuidos en dos grupos: grupo experimental (n=10) y grupo control (n=10). Niños pertenecientes al grupo experimental se sometieron a las intervenciones en arteterapia, siendo evaluadas a través de instrumentos preestablecidos, antes y después de las intervenciones en arteterapia, en cuanto las del grupo control también fueron evaluadas en el periodo, sin embargo sin las referidas intervenciones. En análisis de los datos mostró que los niños del grupo experimental mejoraron su comportamiento, desarrollo plástico y producciones plásticas, al contrario de las del otro grupo, que permanecieron con desempeños mas uniformes. El arteterapia se constituye en un excelente medio canalizar, de manera positiva, las variables del desarrollo del niño hospitalizado y neutralizar los factores de orden afectivo que, naturalmente, surgen, mas allá de exponer potenciales más saludables del niño, a veces poco estimulados en el contexto de la hospitalización.

Palabras clave: terapia con arte, salud mental, niño hospitalizado

## **1 - INTRODUÇÃO**

A arte é um meio de expressão, de comunicação e de linguagem. É a troca de energia entre o criador e o objeto criado, expondo o não-exprimível e, ao mesmo tempo, refletindo uma necessidade de transformação pessoal. A arte pode orientar o desenvolvimento da criatividade, expandindo as necessidades comunicativas humanas.

Todos indivíduos, especialmente os que se encontram em sofrimento físico e/ou psíquico, têm a necessidade de criar e de manifestar essa criação. Nesse sentido, as terapias alternativas apresentaram um significativo crescimento na década de noventa e, dentre elas, a arteterapia vem sendo vista como uma terapia de promoção, preservação e recuperação da saúde. A integração de três áreas de conhecimento – Arte, Saúde e Educação – possibilita uma ampla transformação nos indivíduos, portanto, a utilização da arteterapia facilita o processo de criação e de exteriorização de conteúdos intrínsecos (PHILIPPINI, 2000).

A arteterapia não é mero entretenimento, mas sim uma forma de linguagem que permite à pessoa comunicar-se com os outros. Desse modo, possibilita à criança não só a liberdade de expressão, mas também sustenta a autonomia criativa, ampliando o seu conhecimento sobre o mundo e proporcionando seu desenvolvimento tanto emocional, como social. Por conseguinte, é essencial à vida da pessoa, e pode ser de grande valor para aquelas que apresentam patologias diversas e estão hospitalizadas.

Ademais, a arteterapia é um caminho de auxílio ao ser humano para explorar, descobrir e entender suas idéias e sentimentos, favorecer sua auto-estima, reduzir ansiedades e melhorar a sua qualidade de vida, através da promoção, prevenção e expansão da saúde.

De acordo com a Associação Brasil Central de Arteterapia (2001), a arteterapia é uma profissão assistencial, cujo foco de trabalho baseia-se na integração da produção de imagens, do processo criativo da arte e da inter-relação do paciente com a obra criada.

Ela contribui para o autoconhecimento, para a solução de conflitos emocionais e para um desenvolvimento humano harmonioso, utilizando, para esse fim, várias modalidades terapêuticas. No processo arteterapêutico, qualquer pessoa pode se beneficiar: crianças, adolescentes, adultos e idosos, sadios ou enfermos, podendo o mesmo ser realizado de forma individual, grupal, em consultórios, hospitais ou instituições em geral.

A arteterapia baseada na teoria junguiana\*, propicia o fornecimento de materiais expressivos diversos e adequados para a criação de símbolos presentes no universo imagético singular de cada cliente, universo que se traduz em produções simbólicas que retratam estruturas psíquicas internas do inconsciente pessoal e coletivo. Segundo Jung (1964), o inconsciente pessoal corresponde às camadas mais superficiais e o inconsciente coletivo refere-se às camadas mais profundas desse universo, estruturas psíquicas que são comuns a todos os homens.

Este processo colabora na compreensão e resolução de estados afetivos conflitados, favorecendo a estruturação e a expansão da personalidade através da criação (PHILIPPINI, 1995).

Assim, a arteterapia proporciona instrumentos diversos, capazes de abranger e entender os níveis mais profundos do funcionamento psíquico.

Conforme destaca Philippini (2000, p.19):

*“O símbolo tem uma função integradora e reveladora do eixo de si mesmo, entre o que é desconhecido – inconsciente individual e coletivo – e a consciência. O símbolo aglutina e corporifica a energia psíquica, permitindo ao indivíduo entrar em contato com níveis mais profundos e desconhecidos do seu próprio ser e crescer com estas descobertas. O símbolo constelado com a ajuda dos materiais expressivos dinamiza e facilita a estruturação e transformação dos estados emocionais que lhe deram origem”.*

---

\* Linha Junguiana: abordagem terapêutica da psicologia analítica, baseada em C. G. Jung

O arteterapeuta tem funções importantes, como auxiliar o indivíduo a elaborar, em nível consciente e compreensível, o significado de suas imagens simbólicas, e ainda lidar com esse processo, visto que a arteterapia relaciona a linguagem do inconsciente, sem lógica, ao tempo e espaço compreensíveis à nossa cultura (ZIMMERMANN, 1997).

Cada modalidade expressiva\* tem propriedades terapêuticas inerentes e específicas, e cabe ao arteterapeuta construir um repertório de informações relativas a cada uma, com o intuito de adequar as modalidades expressivas e materiais às analogias e quadros clínicos atendidos.

Durante o processo, pode-se adotar uma multiplicidade de modalidades ou uma só, que será intensificada à medida que o paciente conseguir explorar mais facilmente suas possibilidades expressivas. As modalidades expressivas mais utilizadas nesse processo são:

**Desenho:** objetiva a forma, a precisão, o desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e espacial. Também concretiza alguns pensamentos e exercita a memória. O desenho está relacionado ao movimento e ao reconhecimento do objeto, tendo a função ordenadora.

Materiais utilizados: giz de cera, carvão, nanquim, lápis de cor, grafite, giz colorido, pincel atômico, pastel seco e oleoso, canetas hidrográficas e papéis diversos.

**Pintura:** a fluidez da tinta, com a sua função liberadora, induz o movimento de soltura, de expansão, trabalhando o relaxamento dos mecanismos defensivos de controle. A pintura lida com sentimento, emoção, sensação, aflora a sensibilidade, evoca o gesto e a intuição. Esta técnica é limitada pelos suportes/superfícies, tonalidades e cores.

Materiais utilizados: cola colorida, aquarela, guache, tinta acrílica, terra (água e cola), suportes diversos, como: papéis, tecidos e madeira.

**Colagem/Recorte:** favorece a organização de estruturas pela junção e articulação de formas prontas. Diferentemente, a organização espacial é simbólica, reparadora e de baixo custo.

---

\* Modalidades expressivas são os recursos utilizados em arteterapia, como desenho, pintura, construção etc

Materiais utilizados: revistas, jornais, linhas, madeiras, caixas, sucata, papéis diversos, materiais orgânicos (folhas, flores, casca de árvore, sementes, areia), tesoura, cola, fita adesiva, durex, grude.

**Modelagem:** é uma atividade especialmente sensorial, uma vez que trabalha o toque da mão e a organização tridimensional, podendo o indivíduo colorir as peças provenientes desse trabalho, após sua secagem.

Materiais utilizados: argila, papel-machê, gesso, plastilina, massa artesanal e estecas.

**Construção:** construir significa edificar, estruturar, organizar, elaborar. É uma atividade de organização tridimensional, que requer níveis melhor elaborados que os das atividades bidimensionais.

Materiais utilizados: madeira, sucata, tecidos, sementes, papéis, caixas, arame, pregos, cola, grampeador, fita adesiva.

**Teatro:** a dramatização permite a experimentação de novos papéis. Trabalha na criação de histórias, personagens e figuras, onde o boneco permite à pessoa dizer algo que ela não diria por si só. O teatro arteterapêutico é bastante abrangente, devido às várias comunicações simbólicas que existem em suas produções. Por serem seus textos e imagens numerosos e variados, facilita o confronto do paciente com as informações em geral e do arteterapeuta com o entendimento das mensagens.

Tipos de teatro: marionetes de vara, ator, fantoches, sombra, bonecos, máscaras, de dedo, origamis.

**Tabuleiro de areia:** técnica que permite criar cenas tridimensionais em cenários ou em desenhos abstratos numa caixa de tamanho específico, utilizando-se areia, água e um grande número de miniaturas realistas.

Materiais utilizados: tabuleiro, areia, contas, miniaturas diversas, caixas com tampas, sucata, recursos orgânicos.

**Escrita Criativa** esta técnica consiste em escrever criativamente sobre determinado trabalho de arte e o processo vivenciado em sua elaboração. Nele, o autor não se preocupa com a pontuação ou erros gramaticais e de ortografia. A escrita criativa é importante para a expressão de conteúdos do inconsciente e sua conseqüente reorganização interna.

Materiais utilizados: papel, grafite e caneta hidrocor.



A brincadeira simbólica, ou seja, a capacidade de representar, leva o cliente a experimentar ser outras pessoas e a fantasiar, vivendo essa criação intensamente. Também possibilita o retorno a si mesmo e à realidade sem se perder, ou se fixar na situação imaginada (OLIVEIRA, 1992).

No caso das crianças, o adoecimento favorece alterações na sua vida, como um todo, podendo, muitas vezes, desequilibrar seu organismo interna e externamente, o qual, em consequência disso, gerará um bloqueio no processo de desenvolvimento saudável das crianças, especialmente se a doença for longa e duradoura. Como as doenças ainda predispõem tratamentos médicos diversificados, visitas freqüentes ao hospital, possíveis internações, cirurgias e muitos exames, causam medo e angústia, necessitando serem trabalhadas pelo indivíduo, particularmente, através da fantasia e do jogo simbólico.

É sabido, ainda, que a hospitalização constitui-se numa experiência estressante e traumática na qual o indivíduo vivencia a sensação de abandono, lida com experiências dolorosas, por não poder praticar as atividades anteriormente desenvolvidas e pela ameaça de lesão corporal (RIBEIRO, 1991). Desse modo, a doença e a hospitalização constituem uma “*crise*” na vida da criança (HUERTA, 1990) e afetam seu organismo tanto no aspecto físico, como no psíquico, acarretando distúrbios comportamentais diversos, que vão da agressividade à apatia, prejudiciais ao seu desenvolvimento normal e saudável.

Para Viegas (1995), a rotina da vida da criança, ao ser internada, é interrompida não só pela dor e doença, mas pelo afastamento de tudo que era a sua vida, levando-a a enfrentar a tristeza e o pânico e a criar fantasias aterrorizantes que dificultam a aceitação do tratamento hospitalar e sua conseqüente recuperação. Além disso, o espaço físico limitado do hospital e a falta de estimulação geram diminuição das atividades naturais da criança, determinando um bloqueio brusco em seu desenvolvimento geral.

Alguns fatores interferem, sobremaneira, na hospitalização e determinam alterações psicológicas, tais como:

- características de temperamento consideradas mais difíceis;
- os antecedentes educacionais e religiosos;

- a idade cronológica e psíquica, para compreender e lidar com o processo hospitalar;
- o contexto familiar, econômico e social no qual a criança se insere;
- o grau de integração da criança com a equipe de saúde;
- a repulsa a outras internações, a tratamentos de saúde em geral, ou ainda a perdas significativas, especialmente recentes e traumatizantes;
- o nível de hostilidade, o grau de dependência física e emocional e as próprias condições físicas do infante, geradas ou não pela gravidade da doença;
- a doença psiquiátrica associada, como por exemplo: fobias, depressões.

Os malefícios da hospitalização são inúmeros. Segundo Angerami-Camon (1996), a rotina de vida da criança internada, seja qual for sua idade, se interrompe pelos motivos a seguir:

- perda da autonomia, independência e privacidade, no ambiente novo;
- afastamento de pessoas significativas (pais, irmãos, avós), do ambiente e objetos familiares;
- rompimento da integridade física, com procedimentos invasivos e cirúrgicos;
- dor, gerando desconforto físico e medo da morte;
- quebra de rotinas e rituais habituais.

Por certo, ainda como tratamento das enfermidades, além dos medicamentosos específicos, devem-se incluir mudanças nos hábitos de vida da criança, como: a escolha de uma alimentação saudável, a prática de atividade física adequada, a reposição do sono e do repouso, a convivência com um trabalho menos estressante, mas, especialmente manter a liberdade de expressão das suas emoções.

A arteterapia pode oferecer à criança oportunidades que a levem a aceitar com mais naturalidade as situações desfavoráveis, facilitando sua adaptação às rotinas hospitalares, estimulando seu desenvolvimento saudável e restabelecendo o equilíbrio emocional.

## 1.1 - O Problema

Como se sabe, algumas crianças têm dificuldades em expressar espontaneamente, de forma verbal, seus sentimentos de angústia e estresse vivenciados por ela no ambiente hospitalar, prejudicando-a na recuperação das enfermidades. Acredita-se que a arteterapia muito poderia contribuir para a mudança de vida e melhorar sua aceitação à doença e ao tratamento.

Mas será que a arteterapia é uma técnica que pode ser empregada no tratamento dessa clientela? Será que a arteterapia possibilitaria continuidade ao processo de desenvolvimento das crianças enfermas e hospitalizadas? Quais os efeitos da arteterapia sobre o comportamento das crianças? Haveria transformações das imagens criadas pelos enfermos, após a intervenção da arteterapia?

A arteterapia possibilita maior liberdade na expressão de suas emoções, cria oportunidades que levam a criança a aceitar com mais naturalidade as situações desfavoráveis, ajudando-a a se adaptar melhor às mudanças no seu dia-a-dia, diminuindo as situações de estresse e restabelecendo o equilíbrio emocional.

Quando as pessoas estão absorvidas em atividades criativas, elas se esquecem de que estão enfermas e todos à sua volta se descontraem, diminuindo o estresse e as reações de angústia, o que facilita o tratamento (LINDQUIST, 1993a).

Assim, a arteterapia pode ajudar o ambiente hospitalar a parecer menos hostil, tomando-o mais descontraído e natural. Seus objetivos podem contemplar os seguintes itens (VALLADARES, 2001):

- dar continuidade ao processo de desenvolvimento global da criança, através da estimulação física, social e sensorial;
- permitir a exteriorização de sentimentos, de tensões e angústias, trabalhando para a reorganização do meio interno da criança;
- promover a socialização, ajustamento e integração da criança com o ambiente;
- preparar a criança para cada evento, por meio de dramatizações, desenhos, entre outros;
- fazê-la reconquistar a própria autonomia perdida;
- diminuir sua dor e o desconforto físico;

- estimular sua imaginação e criatividade.

Estudos (VIEGAS, 1997; FRANÇANI et al., 1998; ALVES & MORAIS, 2001; VALLADARES, 2001; VITORIANO, 2001, entre outros) mostram que, quando se obtém, efetivamente, sucesso no tratamento hospitalar de crianças, através da expressão lúdica, previnem-se complicações, diminuindo significativamente os efeitos negativos da hospitalização, como dor, sofrimento e tempo de internação, melhorando sua qualidade de vida.

## 1.2 - Justificativa

Crianças hospitalizadas podem trazer junto com a própria doença, fatores como: nervosismo, medo, estresse e ansiedade, os quais estimularam o estudo de práticas alternativas possíveis de serem aplicadas no alívio desses males. Percebe-se que esta preocupação reflete não só os desafios da atuação dos profissionais de enfermagem, mas também o contexto das transformações da própria sociedade, nos dias atuais, que está em constante mudança, emergindo daí terapias baseadas na arte, música, dança e outras, como práticas complementares.

A saúde mental e a enfermagem, em particular, vêm ampliando seus conhecimentos e utilizando-se dessas práticas na assistência a seus enfermos, com experiências alternativas e criativas, ou melhor, com práticas não-convencionais disponíveis não apenas para uso, mas para investigações sistematizadas, que agora estão mais presentes em hospitais, por exemplo.

A arteterapia vem sendo utilizada em experiências positivas, no Museu do Inconsciente no Rio de Janeiro; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Viva e Novo Mundo, em Goiânia, com pacientes em sofrimento mental; no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo; no Hospital do Câncer e Hospital das Clínicas de Goiânia, uma vez que tais locais contam com o trabalho de arteterapeutas para atendimento a pacientes portadores de câncer e cardiopatas.

Centrando o interesse nas práticas alternativas com a utilização da arteterapia, a autora desta pesquisa busca abordá-las no contexto a enfermos hospitalizados.

Para tanto, com o respaldo nas áreas de saúde mental e arte, a autora poderia mais facilmente desenvolver este estudo e valorizar a arteterapia na promoção da saúde mental e prevenção de danos, como possibilidade de se expandir no campo da pediatria.

A utilização das artes, no âmbito da saúde mental, proporciona mudanças de atitudes e de comportamento, aspectos que, vividos positivamente com os clientes, promovem uma melhoria na sua qualidade de vida.

No caso da criança, é indiscutível que a hospitalização pode desencadear adversidades (medo, ansiedade etc) e estresse no curso do seu desenvolvimento, ademais, é necessário aprender a cuidar delas, especialmente daquelas com doenças crônicas ou graves, que sofrem constantes e longas internações. Esse processo, muitas vezes, faz parte de suas vidas, e as deixa mais vulneráveis aos efeitos nocivos da hospitalização.

Deve-se, então, criar outras estratégias, outras metodologias, outras intervenções ou outros instrumentos complementares que busquem modificar a idéia de que o hospital não é só local de dor e sofrimento, mas também um local que promove o desenvolvimento das crianças (FRANÇANI et al., 1998). Com certeza, a criança não necessita apenas de medicamento ou de cuidados físicos para seu pleno desenvolvimento e restabelecimento da saúde, ela necessita também de cuidados emocional, afetivo e social

Diante da preocupação com a saúde mental da criança hospitalizada e na busca de atendimento às suas necessidades vitais, a autora deste trabalho vê a possibilidade da inserção das expressões lúdicas e criativas no ambiente hospitalar pediátrico, tendo em vista o desenvolvimento global da criança.

Este trabalho pode trazer contribuições importantes para a área de saúde, especialmente para a saúde mental, pois, a arteterapia é uma prática acessível ao tratamento de crianças enfermas hospitalizadas, que vem apresentando resultados satisfatórios.

É importante também apontar que este estudo poderá ser utilizado em diferentes contextos de arteterapia clínica e institucional, tendo em vista o valor e a eficácia do trabalho arteterapêutico, que aqui serão demonstrados dentro dos rigores da pesquisa científica.

## **2 - OBJETIVOS**

Geral:

- analisar efeitos da utilização da arteterapia em crianças hospitalizadas, comparando seu desempenho e suas produções antes e após as intervenções de arteterapia.

Específicos:

- avaliar o comportamento das crianças, antes e após intervenções de arteterapia;
- avaliar o desenvolvimento plástico infantil nos níveis bidimensionais (gráfico, perspectiva, pintura, colagem e recorte) e tridimensionais (modelagem e construção) das crianças, antes e após intervenções de arteterapia;
- avaliar as imagens das produções artísticas das crianças, antes e após intervenções de arteterapia.

### **3 – REVISÃO DA LITERATURA**

A seguir apresentar-se-á uma revisão da bibliografia na área em questão, ordenada da seguinte forma: 3.1 – Desenvolvimento infantil; 3.2 – O brincar e a criança hospitalizada; e 3.3 – A arteterapia .

#### **3.1 - Desenvolvimento Infantil**

##### **3.1.1 - Desenvolvimento do escolar**

É na infância, período de vida que vai do nascimento até a adolescência, que ocorrem o domínio e o aprimoramento de habilidades para os diversos tipos de desenvolvimento, dentre eles os ligados aos funcionamentos físico e intelectual (neurológico, sensorial, integração motora etc), e aos funcionamentos social e emocional (padrão de relacionamento, afetos, ansiedades e medos, expressão temática etc), que sofrem influências da herança genética, bem como da inserção da criança no tempo e no espaço histórico e cultural. A infância compreende, portanto, o desenrolar de mudanças decorrentes da interação entre indivíduos e ambiente.

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, que envolve as diferenças individuais e as específicas de cada período, como mudanças nas características, nos comportamentos, nas possibilidades e nas limitações de cada fase da vida, indistintamente. A singularidade das crianças lhes é conferida por

influências de seu ritmo próprio de desenvolvimento e por características pessoais que as diferenciam das demais.

Partindo de acentuada dependência, por ocasião do nascimento, a criança vai incorporando habilidades que lhe permitem alcançar a autonomia esperada ao final do período infantil. Esse processo resulta da combinação entre a maturação orgânica e um esforço intencional da mesma para satisfazer suas próprias necessidades, por intermédio de suas experiências. Assim, conforme sua capacidade, a criança explora o ambiente e vai aprendendo mais sobre si mesma e sobre o mundo.

Embora sejam grandes as diferenças individuais, no início de cada fase, Sigaud & Veríssimo (1996) classificaram assim a delimitação do período infantil:

- Neonatal: do nascimento aos 28 dias
- Lactência: de 29 dias até 1 ano
- *Toddler*: de 1 ano até 3 anos
- Pré-Escolar: de 3 anos até 6 anos
- Escolar: de 6 anos até 11-12 anos
- Adolescência: da puberdade até 18 anos

O período que vai de sete aos dez anos de idade, objeto de estudo deste trabalho, e que se convencionou chamar de escolar, é decisivo para a estruturação harmoniosa do indivíduo. Nesta etapa, ocorrem transformações significativas nos vários aspectos cognitivos, sensoriais, socioemocionais e da comunicação gráfica.

Em relação ao aspecto intelectual, o escolar desenvolve a aprendizagem, descobre o valor representativo do desenho, utilizando-o como expressão do pensamento, sendo capaz de criar poemas, histórias e jogos. Seu raciocínio está mais lógico, entende melhor os fatos, faz seriações por meio de comparações, estabelece hierarquias e nos conceitos espaciais, já considera as relações dos objetos entre si (WHALEY & WONG, 1989).

Segundo Piaget (1990), ele se encontra no *Estágio Operacional Concreto* (subperíodo da inteligência representativa), por isso é capaz de realizar operações mentais, nas quais objetos, fatos e experiências podem ser articulados abstratamente, ao nível do pensamento, melhorando a compreensão e o entendimento. Nesse estágio, a pessoa começa a adquirir a capacidade de relacionar vários atos e eventos



com representações mentais que podem ser expressas por meio de palavras ou símbolos.

Nessa fase,

*“... a criança começa a estruturar e integrar seus pensamentos em um sistema coerente, a interpretar e organizar suas atuais percepções à luz de suas experiências passadas, e a coordenar seus conceitos concretos em totalidades mais complexas designadas operações cognitivas” (CHESS & HASSIBI, 1982, p.80).*

Ainda, acrescenta Ajuriaguerra & Marcelli (1991, p.37-38) que este

*“... período assinala um grande progresso na socialização e na objetivação do pensamento. A criança torna-se apta à descentralização, não mais está limitada somente a seu ponto de vista, consegue coordenar vários pontos de vista e deles tirar conclusões ... Ao mesmo tempo, no campo social, a criança toma consciência de seu próprio pensamento e do dos outros, o que inicia o enriquecimento das trocas sociais. Uma verdadeira colaboração e cooperação grupal torna-se possível entre várias crianças”.*

A criança tem então, aumentada sua capacidade de projetar, imaginar, simular, conseguindo, em graus de complexidade maior ou menor: justapor, congregar, sobrepor, abstrair, multiplicar, encaixar, preencher, anular, adicionar, associar, repartir, dividir, geometrizar, retirar.

Seu vocabulário continua se ampliando e sua linguagem ganha mais coerência, clareza e comunicabilidade; e aceita melhor as regras de estruturação e funcionamento da linguagem. O grupo é cada vez mais importante para o escolar que se distancia, paulatinamente, do egocentrismo característico da fase anterior. A representação da realidade para ele tende a ser sempre mais próxima do real, perdendo-se na fantasia e ganhando na estruturação (WHALEY & WONG, 1989).

Quanto aos aspectos emocional e social, esse é o estágio do desenvolvimento em que a criança amplia suas relações, distancia-se do convívio familiar movendo-se em direção ao contexto social e aos grupos de pares. Os amigos e outras pessoas (professores, pais de amigos, vizinhos) passam a exercer influência importante na formação do sistema de valores da criança, levando-a a questionar as

asserções paternas. Nessa fase, as diferenças de sexos estão mais claras e ele sente prazer por aprovação (SIGAUD & VERÍSSIMO, 1996).

Wallon (1989) estabelece que este é o *estágio da personalidade polivalente*, no qual a criança firma contatos com seu ambiente social, definido por incertezas, mudanças rápidas de interesses e de circunstâncias, ademais, participa de várias brincadeiras em grupo, troca de papel e função, expandindo suas experiências sociais (AJURIAGUERRA & MARCELLI, 1991).

Nessa fase, a criança toma consciência da existência e da necessidade de regras. O escolar possui um discurso bem desenvolvido, o que lhe permite compreender explicações e informar verbalmente o que pensa e sente.

Erikson (1976) chama esse período de aquisição de um *senso de produtividade ou industrialidade versus senso de inferioridade*, fase importante para o escolar adquirir habilidades que lhe proporcionem sucesso, prazer e a livre opção entre produtividade e inferioridade. A criança focaliza sua atenção, nesse momento, na tarefa da aprendizagem.

*“A criança que pode dominar a tarefa da aprendizagem começa a desenvolver um sentimento de sua própria adequação e habilidade, enquanto que o menor que falha nesta empreitada fica com sentimento de incompetência e de inferioridade. Tais fracassos, sejam causados por deficiências constitucionais ou experienciais da criança, ou criadas por preconceitos e embaraços sociais, têm conseqüências de longa duração para o indivíduo”* (CHESS & HASSIBI, 1982, p.72).

Sua opinião anterior, que era um tanto rígida e egocêntrica, passa a ser substituída por características “sociocêntricas”, que lhe permitem maior flexibilidade quanto à compreensão do ponto de vista de outras pessoas. A criança consegue discernir a sua opinião da dos outros, e, nesse estágio, deixa de ser menos egocêntrico o que reflete, também, no conteúdo de seus trabalhos plásticos (SIGAUD & VERÍSSIMO, 1996).

Em relação ao aspecto físico da criança, no período escolar há uma melhora na agilidade, no controle corporal, na capacidade de propor e realizar atividades físicas variadas, que envolvem maior equilíbrio, coordenação motora

ampla e fina. Ela apresenta progresso ao lidar com as habilidades artísticas complexas, manejando materiais artísticos com mais destreza e segurança e escrevendo com mais fluência. Este período é caracterizado por produtividade intensa e criatividade (WHALEY & WONG, 1989).

### **3.1.2 - Desenvolvimento evolutivo da arte infantil**

Através da construção de imagens (plásticas e corporais), de jogos e brincadeiras, pode-se compreender mais profundamente a vida infantil (isto é, aspectos motores, cognitivo, perceptivo, afetivo, cultural etc), daí a importância desse processo para os profissionais da arteterapia que lidam com essa clientela. E o mais relevante não é somente o produto final construído pela criança, mas toda a trajetória do processo, através da qual podem-se captar tanto seu nível de desenvolvimento como seu comportamento como um todo.

Iavelberg (2003) afirma que o desenho é a base das outras modalidades de produção visual, sendo, por conseguinte, um dos alicerces para a compreensão do desenvolvimento das outras atividades artísticas. O desenho e outras modalidades artísticas são, para a criança, atividades que envolvem muitas de suas necessidades e potencialidades.

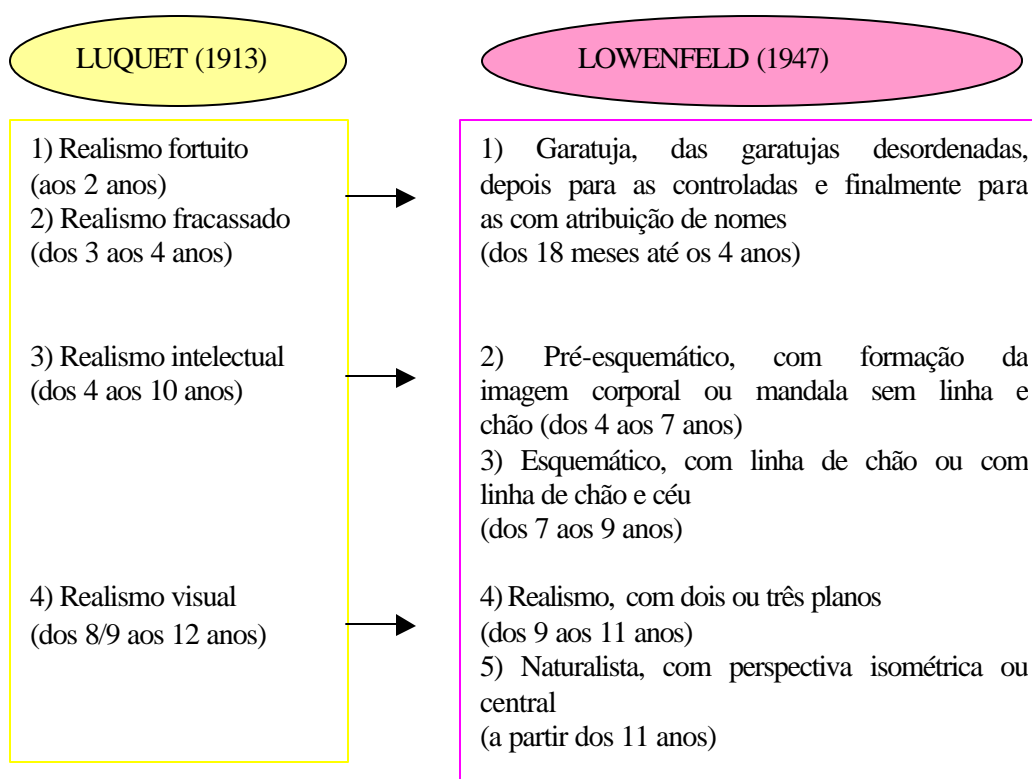
De acordo com estudiosos (LOWENFELD & BRITAIN, 1970; MÈREDIEU, 1974; DERDYK, 1990 e 1994; PILLAR, 1990 e 1996a e b; DI LEO, 1991; TARSO & SANS, 1994; FERREIRA, 1998; FERRAZ & FUSARI, 1999; COX, 2000; IVALBERG, 2003), os níveis de evolução do grafismo infantil apresentam uma certa regularidade (analogias na representação da forma) em relação à idade do seu aparecimento, por se tratar de algo que mistura o patrimônio universal da inteligência humana com suas circunstâncias geográficas, temporais e culturais.

Vários autores abordam as teorias do desenvolvimento gráfico infantil, no entanto, teóricos como Luquet e Lowenfeld tiveram papel fundamental na construção do alicerce de entendimento da produção gráfica das crianças, sendo largamente utilizadas na atualidade.

O desenvolvimento do grafismo na infância mantém-se paralelo ao desenvolvimento geral da criança, por isso ele não permanece estanque, sendo um

processo flexível quanto ao seu início e duração, que sofre evoluções e involuções na sua trajetória, retratando, pois, de modo significativo o universo da criança. Ferreira (1998) sinaliza a complexidade da relação de múltiplos fatores (estágios e características específicas) que determinam o desenvolvimento infantil, mostrando que o grafismo retrata de modo significativo o universo da criança.

Luquet – 1913 - e Lowenfeld – 1947 - propuseram em seus trabalhos os estágios para descrição das produções gráficas apresentados na Figura 1.



**Fontes:** Lowenfeld & Brittain (1970); Meredieu (1974)

**Figura 1** - Estágios de Luquet e Lowenfeld, para descrição das produções gráficas

Como o enfoque desta pesquisa restringe-se ao grupo de crianças na faixa etária de sete a dez anos, seu autor abordará, com profundidade, apenas os estágios de realismo intelectual e visual de Luquet e fases esquemáticas e realismo de Lowenfeld.

Na concepção de Luquet, o estágio do **realismo intelectual** apresenta algumas características de destaque que serão expostas a seguir:

- A criança não representa o real ou aquilo que vê, mas o que sabe sobre o objeto (MÈREDIEU, 1974).

*“É desse repertório vivencial que a criança retira elementos para os seus trabalhos. São, sobretudo, aquelas formas e objetos que ela conhece e a estimulam de diferentes maneiras. São também formas e objetos que por sua singularidade e vivacidade, causam-lhe prazer, alegria e admiração”* (FERRAZ & FUSARI, 1999, p. 72).

- Aparecem os planos deitados (axial e irradiante), mas não há o compromisso formal com a perspectiva. A criança usa a descontinuidade, o rebatimento\*, a transparência, a planificação e a mudança de pontos de vista.

Nesta idade, ela começa a descobrir e a se interessar pela noção de medida, de grandeza, de deslocamento dos objetos entre si. A este respeito, Derdyk (1994) aponta que a observação torna-se um fator importante na busca de repertório maior para suas imagens, a fim de auxiliar na constatação da causalidade dos fenômenos físicos.

Pillar (1996a) acredita que a criança representa as diferentes faces do objeto, através da planificação das imagens, ou seja, projeta-as num mesmo alinhamento e ainda mistura vários pontos de vista e representa todos, simultaneamente, num mesmo desenho. Nesse estágio, a visão gráfica da criança é desprovida do senso de perspectiva, mas inicia-se a formação das relações projetivas (perspectiva com projeções e secções) e euclidianas (proporções e distâncias) que reproduzem o espaço, sendo que a representação topológica deste espaço é que predomina no seu trabalho.

A mesma autora usa o termo transparência ao se referir à representação das partes invisíveis dos objetos, como se pudesse ver o interior e o exterior dos mesmos, simultaneamente.

---

\* Superposição de uma figura sobre um plano por movimento de rotação

- A representação espacial amplia-se, surgindo a linha de base (real ou implícita) que simboliza a superfície em que as coisas são colocadas; em outras vezes, serve para representar o horizonte da paisagem.
- A necessidade de repetir constantemente o mesmo símbolo:

*“... com o início da vida escolar, a criança passa a esbarrar mais frontalmente com as convenções e os códigos socioculturais de representação. Uma pequena descoberta gráfica da criança logo é socializada e dimensionada pelo olhar cultural. A criança não somente absorve, como também reproduz visualmente as informações. A imitação, a repetição, a automatização fazem parte do processo de aquisição de conhecimento. A imitação é um mecanismo humano de emprestar as coisas do mundo e trazê-las para dentro de si, uma apropriação de conteúdos e identidades” (DERDYK, 1990, p.125).*

O pensamento de Lowenfeld para a **fase esquemática** contém algumas características que se assemelham ao estágio de realismo intelectual de Luquet, como o uso da transparência, da linha de base, dos planos deitado, irradiante e axial, repetição dos símbolos etc. A seguir, discorrer-se-ão algumas características marcantes desta fase dentro da proposição de Lowenfeld.

- O aparecimento do esquema que surge dando lugar a uma figuração que tem proximidade com os objetos reais, embora seja tratada de forma plana:

*“Esses esquemas são altamente individualizados. Para algumas crianças, o esquema pode conter um conceito muito rico, enquanto para outras pode ser apenas um símbolo precário ... O esquema pode ser determinado pelo modo como a criança vê alguma coisa, pelo significado emocional que ela lhe atribui, pelas suas experiências cinestésicas, pelas impressões táteis do objeto ou pela forma como o objeto funciona ou se comporta” (LOWENFELD & BRITAIN, 1970, p.181-183).*

Ainda para Lowenfeld & Brittain (1970), o uso repetido de um esquema é diferente das repetições estereotipadas, uma vez que o esquema é flexível e passa por inúmeras alterações, por muitos desvios, enquanto as repetições estereotipadas

permanecem inalteradas. Contudo, nas representações esquemáticas não estão incluídas as experiências intencionais.

Na fase esquemática, as imagens normalmente são figurativas, mesmo quando representam objetos imaginários.

- Modificações no esquema da figura humana, com a incorporação de mais detalhes e traços diferenciados. Nesse sentido, Lowenfeld & Brittain (1970, p.184) consideram que a criança:

*“... retratará as diferentes partes do corpo, segundo seu conhecimento ativo dessas partes. Não só haverá cabeça, corpo, braços e pernas, como também algumas das diversas características particulares. Os olhos serão diferente do nariz, o símbolo para o nariz será diferente do usado para a boca, e também haverá cabelo e até pescoço. Usualmente, a criança inclui símbolos separados para as mãos e também para os dedos; e, ainda, um símbolo diferente para os pés. A roupa é freqüentemente desenhada em lugar do corpo ...”.*

Para estes autores, podem surgir desvios no tamanho e na forma da representação corporal dos desenhos infantis, como o exagero de partes importantes, a negligência ou omissão de partes menos importantes (tamanho) ou, ainda, a mudança de símbolos para as partes significativas (forma). Porém, a origem de tais desvios consiste nas experiências autoplásticas, isto é, nas sensações do eu corporal, ou sensações musculares, como também na importância relativa de partes específicas ou no significado emocional que as crianças dão às mesmas.

- Modificações no esquema espacial. Aqui, a criança deixa de pensar em objetos individualizados para estabelecer uma relação mútua com os elementos, surgindo, então, a linha de base. Pillar (1990) enfatiza que com a linha de base tudo se estrutura pela experiência de uma ordem definida nas relações espaciais. Assim, a criança passa a colocar o que fica pousado no chão, como as pessoas, casas, árvores, na parte de baixo do papel.

*“... a linha de base parece ser uma indicação de que a criança se apercebeu nas relações existentes entre ela própria e seu meio. Passa, então, a colocar tudo nessa linha, que pode representar, evidentemente, não só o chão onde os objetos estão colocados,*

*como também um piso, uma rua ou qualquer outra base em que ela mesma se situa*” (LOWENFELD & BRITAIN, 1970, p.186).

Depois desse momento, a criança faz surgir, além da linha de base, o céu (sol, nuvem, pássaros). Explica Pillar (1990) que linha de base e céu existem, mas não se relacionam diretamente.

No período esquemático, segundo Lowenfeld, há uma melhora na qualidade e na organização espacial (direcionamento e distribuição harmoniosa de linhas, formas e cores). Nele, as figuras aparecem relacionadas por um único tema, a linguagem da criança sobre o desenho amplia-se e ela consegue contar histórias sobre os mesmos.

Outro meio de representação espacial que surge, nesse período, é o da dobragem. Dobragem, de acordo com Lowenfeld & Brittain (1970, p.191), significa “... o processo de criação do conceito de espaço, quando os objetos são desenhados perpendicularmente à linha de base, e parecem estar colocados de pernas para o ar”.

- A partir dos sete anos a criança mostra mais claramente em seus desenhos as influências das mediações sociais, históricas e culturais, nas quais ela está inserida. O seu cotidiano aparece mais claramente nesse universo representativo de pessoas, animais, brinquedos, objetos, natureza, produções culturais e sociais de sua época, como televisão, histórias em quadrinhos, desenho, jogos, brincadeiras.

Ela mostra uma escala afetiva de valores em relação aos personagens, objetos e locais representados e desenha, principalmente, o que sente sobre o elemento retratado e não só como o vê, dentro da visão fisiológica. Nesse sentido, Tarso & Sans (1994, p.37) dizem que:

*“... a criança desenha espontaneamente de acordo com seus critérios de observação e análise visual, representando o que percebe de essencial do elemento a ser criado ou retratado. O seu modo de interpretar graficamente coincide com os aspectos de formas simples, independentemente de ser fácil ou não fazê-las” .*



- Com as modificações na representação de espaço e tempo haverá a inclusão, no mesmo desenho, de diferentes seqüências de tempo ou de impressões espacialmente distintas. A esse respeito, Lowenfeld & Brittain (1970) mencionam que dessa forma a criança poderá expor, de maneira particular, objetos bi e tridimensionais, usando, simultaneamente, o plano e a elevação, ou, às vezes, expressar acontecimentos ocorridos em diferentes seqüências temporais.

Nessa categoria aparecem os desenhos tipo raio X, aos quais a criança mistura os conteúdos internos e externos, já discutidos anteriormente na transparência.

- As cores utilizadas na fase esquemática estão cada vez mais relacionadas com os elementos representados e são bem realistas:

*“O estabelecimento de uma cor definida, para um objeto, e sua constante repetição são o reflexo direto do contínuo progresso nos processos intelectuais da criança. Ela começa a desenvolver a capacidade de categorizar, de agrupar coisas em classes e de formular generalizações” (LOWENFELD & BRITAIN, 1970, p.203).*

Na teoria de Luquet, o estágio do **realismo visual** apresenta algumas características de destaque, expostas a seguir:

- Dos desenhos surgem a perspectiva e se submetem às suas leis, criando, assim, planos e sobreposições. O rebatimento presente na fase anterior é substituído pela perspectiva. Nesse estágio, a criança começa a unir as duas linhas, usa cores mais vivas no primeiro plano e mais baixas nos outros, criando a ilusão de profundidade e primeiro plano. A linha de base e o céu permanecem, mas ainda não estão presentes a luz, a sombra e a tridimensionalidade, é apenas seu início.

Há uma inter-relação entre as representações espaciais, projetivas e euclidianas. Desta maneira, para Pillar (1996a, p.49):

*“As relações projetivas consistem em a criança diferenciar e coordenar os pontos de vista, representando os objetos numa única vista dentro da cena. Há a preocupação de projetar o objeto no espaço, dando a idéia de primeiro e segundo planos, bem como de profundidade. ... A representação euclidiana do*

*espaço diz respeito à coordenação dos objetos considerando suas posições, distâncias e proporções em relação a um sistema de referência estável. As posições que os objetos ocupam na cena estão relacionadas com suas proporções e distâncias. Assim, a ilusão de profundidade é construída a partir de relação posição-proporção-distância entre os objetos da cena”.*

- A criança simboliza o objeto de acordo com sua aparência visual. Nessa fase, há a tendência da reprodução da realidade para os objetos, personagens, elementos da natureza, locais etc. A criança também é realista; ela substitui a transparência pela opacidade e suprime os detalhes invisíveis do objeto:

*“A capacidade de reter informações, memorizar e abstrair torna-se mais aguçada. O que antes era resolvido como transparência, ..., agora adquire um grau maior de abstração, no sentido de se eliminar uma informação para reforçar outra, demonstrando um domínio crescente sobre sua capacidade de expressar uma intenção” (DERDYK, 1990, p.123).*

- Aumenta a busca por detalhes, preocupa-se com o acabamento e aparecimento de novas formas. Conseqüentemente, aparecem as linhas de contorno e o esquema corporal torna-se mais completo. Esforça-se mais para a identificação sexual dos personagens e para especificar seus tipos, suas vestimentas e objetos, ao mesmo tempo que procura subjetivar atividades e funções da figura humana. As formas geométricas, agora, já não são suficientes para representar a figura humana como descreveu-se na fase anterior.

A esse respeito, Pillar (1996a) destaca que a criança começa a diversificar as formas, inserindo tamanhos diversificados de elementos, de cores, de combinações e de ações entre elas, a partir do momento em que “... *começam a ficar insatisfeitas com seu trabalho e substituem suas antigas tentativas ousadas e mais cheias de confiança por desenhos um tanto detalhados e meticulosos; evidenciando-se muito a dependência das linhas feitas com régua e do uso da borracha*” (COX, 2000, p.238).

Sob a luz da teoria de Lowenfeld, na **fase naturalista** os desenhos possuem características (do espaço, da coloração, detalhamento, aparência visual dos objetos) semelhantes às do realismo visual de Luquet, citadas anteriormente; entretanto, no que diz respeito à perspectiva, Lowenfeld & Brittain (1970, p.243-244) acrescentam que o naturalismo:

*“... não é o objetivo fundamental nesta idade, porquanto não existe, em geral, nenhuma tentativa de representar luz e sombra, efeitos atmosféricos ou mesmo reflexos na cor ou dobras na roupa. Assim, a criança deixou para trás a fase dos esquemas e das leis do comportamento em compensação, aumentou a curiosidade por si mesma e pelas coisas que a cercam, mas não logrou, ainda, adquirir um ponto de vista naturalista e objetivo”.*

Quanto às características dos desenhos, cada parte do corpo tem seu significado próprio e conserva esse significado, mesmo quando a parte mostra-se separada do todo, ocasionando, esporadicamente, distorção da figura. Lowenfeld & Brittain (1970), ainda, insistem na idéia de que a criança procura dar ênfase à quantidade de pormenores das partes do corpo humano, pois estas são emocionalmente significativas para ela.

Os desenhos das crianças adquirem certa rigidez e formalismo, nesse período, entretanto elas evitam usar exageros, omissões ou outros desvios para expressar suas emoções; nem ao menos usam a dobragem como o faziam na fase anterior.

Verificam-se novas e diferentes formas de desenvolvimento e, nesse sentido, Lowenfeld & Brittain (1970) dizem-se convencidos de que a arte deve, certamente, apoiar a expressão individual e o pensamento criador da criança.

### **3.1.3 – Produções gráficas espaciais como recurso de comunicação ou como forma de expressão**

A criança expressa-se melhor através da linguagem não-verbal, diferentemente dos adultos que têm mais facilidade para expressarem verbalmente suas necessidades. Muitas vezes a criança nem consegue se expressar claramente (LINDQUIST, 1993a), porém, através da arte, dos jogos e das brincadeiras, ela exprime seus sentimentos, realiza seus desejos, favorece seu desenvolvimento afetivo e cognitivo, o que a ajuda a conhecer e a dominar seu próprio corpo e a manter as relações sociais. Considerando-se, ainda, que a ação lúdica faz parte da espontaneidade da criança:

*“Brincar na infância é o meio pelo qual a criança vai organizando suas experiências, descobrindo e recriando seus sentimentos e pensamentos a respeito do mundo, das coisas e das pessoas com as quais convive. Por isso, quanto mais intensa e variável for à brincadeira e o jogo, mais elementos oferecem para o desenvolvimento mental e emocional infantil. Através das brincadeiras as crianças vivem situações ilusórias e aprendem a elaborar o seu imaginário, e muitas vezes até a buscar a realização de seus desejos, mesmo que sejam irrealizáveis”* (FERRAZ & FUSARI, 1999, p.85).

Para o escolar indicam-se atividades que possibilitem o maior número de contatos e descobertas, as quais o auxiliam a encontrar suas próprias expressões. Trabalhos que envolvam a percepção visual (tamanho, espaço, superfície, volume, textura, linha, cor, luminosidade, movimentos, direções, ritmos, contrastes, tensões, proporções etc), ou a percepção tátil (áspero, liso, quente, frio, rugoso, mole, macio, duro, ondulado, grosso, fino, seco, úmido, poroso etc), ou ainda a percepção sonora (altura, duração, intensidade, timbre, ritmo, forma etc) em muito favorecem o seu crescimento.

O convívio com os materiais deverá ser feito de forma diversificada, respeitando sua maturidade (emocional, cognitivo etc), seu desempenho global e sua curiosidade.

Para estimular as crianças a brincar, na fase escolar, a autora desta pesquisa encontrou fundamentação teórica em Lowenfeld & Brittain (1970); Lenzi (1993); Lindquist (1993a); Philippini (1993); Cavallari & Zacharias (1994); Cunha (1994) e, que sugerem pequenos jogos, atividades em grupo, de ação, de raciocínio e de desafio.

Estes autores indicam os seguintes brinquedos: pipas, bolas, balões, bolas de gude, patins, corda, bolas e raquetes, boliche, peteca e ferramentas para construção de brinquedos, como também jogos: de memória, de construção, de circuito, de letras e números, de montar (que sejam desafiantes), de perguntas e respostas, de loto, de damas, de xadrez, de cartas, de papéis (social e de identidade), quebra-cabeças mais difíceis, futebol de botão, minilaboratórios, videogame, bingo, dominó e gamão.

Prizskulnik (1991) esclarece que, nessa fase, o escolar demonstra um grande interesse pelos jogos. Alguns deles favorecem a combinação, a aptidão intelectual e a sorte (dominó, loto, memória, construção, xadrez, cartas, damas, quebra-cabeças); outros, fortalecem a noção de quantidade e desenvolvimento aritmético (letras e números, futebol, vôlei, boliche, peteca e os que utilizam a bola); também os jogos em grupo ensinam a competir e a compartilhar, a ganhar e a perder, além do sentido da responsabilidade no cumprimento de tarefas.

A partir da fase escolar, ampliam-se os jogos na vida das crianças e elas começam a diferenciar mais nitidamente jogos com características mais femininas ou mais masculinas, passando, então, a se dividirem em grupos, por sexo.

Quando às atividades artísticas, os mesmos autores indicam os materiais relacionados a seguir:

- Desenho: lápis preto e borracha, lápis de cera, carvão, lápis de cor, crayon, pastel a óleo e seco, hidrocor, pincel atômico, papéis brancos A3 ou A4, e papéis coloridos;
- Pintura: aquarela, guache, nanquim, tinta a óleo e acrílica, pincel de pêlo ou de cerda, telas, papéis brancos e coloridos (A3 ou A4);
- Colagem e recorte: revistas, cola e materiais orgânicos diversos (sementes, folhas, bagaço de cana, sabugo de milho, isopor ou pedaços de vidro etc);
- Modelagem: massa artesanal, argila, massinha colorida, massa de vidraceiro, gesso e papel machê;
- Gravura: linóleo, madeira (xilogravura), sucata e cola (cola-gravura), tinta para impressão, pedra (monotipia), prensas, rolos de borracha e papéis diversos brancos e coloridos;
- Tecelagem: barbante, agulhas, lãs, linhas, renda, sisal, tela ou tiras de pano;
- Construção: sucata (pequena, média e grande);
- Tabuleiro de areia: miniaturas, areia e tabuleiro;
- Dramatização e criação de histórias: fantoches de meias, palhas de milho etc.

Philippini (1994a) indica, para essa idade, contos de fada, sendo mais apropriados: “Alice no país das maravilhas”, “Peter Pan”, “Pedro e o lobo”, “João e Maria”, “Chapeuzinho vermelho” “O pequeno polegar”, “O gato de botas”, “Branca de neve e os sete anões”, “João e o pé de feijão”, “A bela adormecida”, “Pele de asno”, “A bela e a fera”.

Percebe-se, então, que as atividades lúdicas na infância são componentes importantes para o mundo da criança, mas estas devem-se conduzi-las de maneira adequada, de acordo com as várias etapas do desenvolvimento em que ela se encontra (psicomotora, sensorial, física, intelectual, afetiva, social etc). As atividades lúdicas (espontâneas e dirigidas), incluindo as plásticas, ajudam na construção do crescimento e desenvolvimento saudável e integral, como também auxiliam outras necessidades básicas do ser humano (sono, alimento, higiene etc).

As artes plásticas, inseridas neste contexto, funcionam como estímulo ao desenvolvimento construtivo, da imaginação e da fantasia infantil, componentes essenciais para a vida da criança, que permitem abertura da base prática para campo da arteterapia.

### **3.2 - O Brincar e a Criança Hospitalizada**

#### **3.2.1 - O processo de hospitalização**

Para compreender o processo de hospitalização, Fongaro & Sebastiani (1996) sinalizam que este pode ser permeado pela elaboração de perdas e lutos, ligados a três aspectos básicos:

- A doença, que significa a perda da saúde;
- A hospitalização, propriamente dita, que é a perda da condição de pessoa, isto é sua despersonalização;
- O tratamento, no qual estão presentes atitudes de invasão e agressão acompanhadas da respectiva sensação de impotência.

Ao se discutir a doença, Angerami-Camon (1996) destaca, sobremaneira, que ela é única em suas manifestações, embora pessoas até possam apresentar

reações orgânicas semelhantes e igualmente provocarem reações e efeitos de um determinado tratamento, ela terá implicações singulares para cada pessoa.

Assim, cada indivíduo reage de diferentes formas frente à doença, não podendo o sofrimento de uma pessoa ser dimensionado com o de outra, pois está implícito que o doente é um ser humano que possui características pessoais próprias e inter-relações complexas com a família e o meio em que vive (CHIATTONE, 1988).

Angerami-Camon (1996, 2002a) enfatiza que a doença acarretará um desequilíbrio na harmonia existencial da pessoa, que perderá sua condição de agente ativo da sua vida para se tornar passivo de um processo de total cerceamento de suas aspirações existenciais, fator preponderante na reformulação de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas.

*“Estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência, sendo que a doença quase sempre representa sofrimento orgânico e psicológico”* (Chiattoni & Golveia apud DIAS et al., 2003, p.56).

A criança poderá encontrar várias restrições e normas a cumprir em decorrência da doença, com tratamentos impostos que a deixam sem qualquer significado próprio, levando-a a viver a partir dos diagnósticos de sua patologia e tratamento.

Angerami-Camon (2002a) esclarece que, quando a doença envolve a pessoa temporariamente, a possibilidade de uma nova reestruturação existencial é mais comum. Todavia, se a doença for de ordem crônica e grave, implicará necessariamente reestruturação vital dos hábitos de vida da pessoa, tomando o desenvolvimento social, emocional e cognitivo mais penosos ao paciente.

Para Ajuriaguerra & Marcelli (1991, p.392), as crianças acometidas por doenças graves e crônicas *“... correm o risco de organizar-se em torno da realidade traumática, sobretudo se o meio familiar, pela sua angústia, solicitude excessiva ou repetidas proibições, vier reforçar as limitações existentes”*.

As condições emocionais em muito ajudarão na recuperação do paciente, não apenas no ímpeto de recuperação do processo de hospitalização em si, mas, especialmente, na forma como a doença foi configurada e sedimentada em seu imaginário (ANGERAMI-CAMON, 1996).

Outra possível interferência no desenvolvimento normal, imposta pela doença, é a sintomatologia da dor. A dor pode se manifestar de forma física, psíquica, social e espiritual. Na concepção de Carvalho (1999), a dor causa sofrimento, ansiedade, estresse e incapacidade; possui uma manifestação subjetiva à localização, qualidade, intensidade e frequência, contribuindo para piorar a qualidade de vida dos enfermos. Tais transtornos comprometem, também, a boa recuperação do paciente.

No que se refere, inicialmente, ao fator hospitalização, estão implícitos aspectos relacionados à doença, bem como à sua singularidade, enquanto vivência e previsibilidade de suas manifestações. As mudanças ocorridas com o fator hospitalização são adaptativas e comprometem estruturas físicas, neurológicas, as emoções e as formas de interação social. Sobre este aspecto, Chiattoni & Golveia, apud Dias et al. (2003, p.56), afirmam:

*“Quando hospitalizado, o indivíduo passa a viver em um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas, tendo que estabelecer novas relações com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar, além de a doença também representar uma nova variável em sua vida. Durante a internação hospitalar, a criança já física e emocionalmente debilitada pela doença passa a ter que enfrentar o seu afastamento do ambiente doméstico, aonde vinha desenvolvendo-se de acordo com o seu repertório motor, social, emocional e intelectual”.*

As doenças agudas muitas vezes não preparam a pessoa para a hospitalização e “... a mudança repentina do meio familiar ao hospital também provocará alterações no pensar, sentir e agir da criança ...” (ALVAREZ, 2002, p.66). Por outro lado, deve-se considerar todo o contexto de vida, a não-familiaridade com o ambiente hospitalar e o tempo de internação que, se prolongado e repetido, tende a desenvolver maiores transtornos comportamentais.

Estudos de Fongaro & Sebastiani (1996), acerca das manifestações psíquicas e comportamentais mais frequentes encontradas em hospital geral, mostram que os pacientes pesquisados sentiram uma ou mais reações de culpa, negação, raiva, hostilidade, fantasias, frustrações, impotência, insegurança, fracasso, regressão, dependência, conformismo, projeção, isolamento, desamparo, pânico, desconfiança, despersonalização, esperança, ambigüidade, hospitalismo positivo e



negativo, estresse psicorgânico, agitação psicomotora, agressividade, medo real e fantasmático, comportamento fóbico, sensação de punição e abandono, limitação de atividades, conflitos quanto à privacidade, privação da liberdade, perda da autonomia, esquema corporal modificado, conflitos na área sexual, entre outros, durante a hospitalização.

Bellato (2001), em sua pesquisa sobre a vivência da hospitalização pela pessoa doente, constatou que:

- o hospital não está completamente preparado para receber a pessoa doente;
- a pessoa nada sabe sobre sua doença e seu destino, durante a hospitalização;
- o tempo no hospital é marcado pelas rotinas e escoo de forma lenta e angustiante;
- o espaço destinado à pessoa doente é mínimo, impessoal e não organizado para ela; e o que lhe dá alento para “se manter viva”, é a própria esperança do retorno a casa, para a família e para a vida cotidiana do lar.

Diante desse quadro, o grande impacto da hospitalização e da doença nas diferentes etapas de desenvolvimento da pessoa vai ao encontro da fragilidade da própria condição humana. Essa situação passa a ser considerada invasiva e abusiva na medida em que não se respeitam os limites e desejos da pessoa hospitalizada, obrigada a aceitar como naturais todas as formas de agressão com as quais se depara em busca de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2002a).

O referido autor acrescenta que:

*“A despersonalização do paciente deriva ainda da fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos que, além de abordarem a pessoa em sua amplitude, fazem com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida, ainda que circunstancialmente assistamos cada vez mais o surgimento de novas especialidades que reduzem todo o espaço vital de uma determinada pessoa a um mero determinismo das implicações de certos diagnósticos ...”* (p.17).

Para entender a pessoa em sua condição de ser ou de estar doente, é necessário e importante ter-se uma visão ampla da pessoa, com avaliação dos comprometimentos emocionais e comportamentais, provenientes da hospitalização, tanto para ela como para seus familiares. Segundo Santos & Sebastiani (1996, p.175), precisa-se “... estar atento quanto às vontades e necessidades do paciente,

*dando-lhe oportunidade de falar se é que ele precisa, ou deixando-o calar, caso necessite e assim quer que seja”.*

Embora sejam grandes as comprovações dos prejuízos afetivos e emocionais causados à pessoa, pela hospitalização, os profissionais da saúde, embora empenhados no restabelecimento físico dos doentes, encontram dificuldades para lidar com estas questões, relegando-as a segundo plano ou ignorando-as.

Ao se referirem ao fator tratamento, as pessoas, além da doença e dos aspectos relacionados ao processo de hospitalização, têm que ser submetidas à administração de fármacos, a exames e intervenções cirúrgicas muitas vezes agressivos, desagradáveis e dolorosos, dificultando ainda mais o processo de restabelecimento.

### **3.2.2 - Hospitalização da criança**

Um dos primeiros relatos sobre o processo de institucionalização infantil foi encontrado nas décadas de 40 e 50, por Spitz (1979) e Bowlby (1981).

Spitz, em 1949, estudou as conseqüências da privação materna, durante a institucionalização, que designou de “*Síndrome do hospitalismo*”. Essa síndrome representa um conjunto de regressões graves que pode, a longo prazo, acarretar um déficit na personalidade da criança, em decorrência do rompimento materno-infantil nos primeiros anos de vida. As fases da “*Síndrome do hospitalismo*”, citadas por Chiattonne (1988), são:

- 1º mês: quadro de choro e exigências;
- 2º mês: perda de peso e estagnação do desenvolvimento;
- 3º mês: posição fetal, recusa de contato, insônia, perda de peso, retardo no desenvolvimento geral, ocorrência de doenças intercorrentes e expressão facial rígida;
- Após o 3º mês: rigidez facial, gemidos raros, aumento do retardo e letargia.

Bowlby, em 1957, avaliando os efeitos adversos do confronto com ambientes estranhos e cuidados substitutivos, descreveu diferentes fases apresentadas

pela criança hospitalizada (angústia, depressão e defesa) decorrentes da separação da mãe, as quais foram descritas por Biermann (1980):

- 1ª Fase: pode durar poucas horas ou até uma semana. A criança sente muita angústia com a perda da mãe e procura reavê-la de todas as formas; chora fortemente, rejeita qualquer figura substituta, embora se apegue a alguém desesperadamente.
- 2ª Fase: a busca para reaver a mãe ainda continua, mas seu comportamento sugere perda de esperança. Os movimentos que antes eram ativos diminuem ou cessam, podendo ocorrer choro monótono e intermitente, inapetência e abatimento.
- 3ª Fase: a criança deixa de rejeitar a pessoa substituta, aceita bem a dieta e consegue brincar; esporadicamente sorri e é sociável, mas quando recebe a visita da mãe, reage muitas vezes com indiferença, manifestando até dificuldade de reconhecê-la, e permanece distante e apática.

Barowsky, em 1978, pesquisou as reações psicossociais da criança frente à hospitalização, enfatizando os possíveis prejuízos decorrentes da mesma.

Ajuriaguerra & Marcelli (1991), estudando os efeitos negativos da hospitalização, propuseram quatro fases da criança, para que esta compreendesse a morte:

- Fase de incompreensão total (0 a 2 anos);
- Fase abstrata de percepção mítica da morte (2 a 6 anos);
- Fase concreta de realismo e de personificação (até 9 anos);
- Fase abstrata de acesso à angústia existencial (após 10 anos).

Os autores também descreveram movimentos psicoafetivos diversos decorrentes da doença, como regressão, sofrimento, acometimento do esquema corporal e morte.

Inúmeros estudiosos, entre eles, Chiattonne (1988), Whaley & Wong (1989), Ajuriaguerra & Marcelli (1991), Cunha (1993), Santos & Sebastiani (1996), Alvarez (2002), Angerami-Camon (2002a), Dias et al. (2003), referindo-se ao processo de hospitalização na infância, retratam como a hospitalização gera danos e prejuízos ao bem-estar da criança, afetando seu desenvolvimento normal, causando

sofrimento e angústia não só para ela, mas para todo seu grupo familiar e comunidade, na qual está inserida.

Dessa forma, Angerami-Camon (2002a) sugere que a criança hospitalizada certamente entrará num nível de sofrimento emocional, muitas vezes até físico, que transcenderá a patologia inicial que se originou no processo de hospitalização.

*“Além disso, existem vários fatores inerentes à hospitalização e várias conseqüências nociva dessa medida que contribuem para o aparecimento de agruras existenciais e de problemas emocionais graves, adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente. Temos então, entre outros, ... o transtorno da vida familiar, a interrupção ou retardo da escolaridade, do ritmo de vida e desenvolvimento, as carências afetivas e agressões psicológicas e físicas, despesas elevadas e ainda as mais variadas iatrogenias, entre as quais a mais importante se refere às infecções hospitalares” (CHIATTONE, 1988, p.44).*

Na hospitalização, a criança passa por um processo de muitas perdas, entre elas sua família, escola, amigos, animais, quarto, casa e brinquedos de estimulação. Para Alves & Moraes (2001), em se tratando de hospital público, a sensação de desconhecimento é mais intensa porque a criança passa a conviver, obrigatoriamente, em um ambiente onde circula um grande número de pessoas que lhe são estranhas. Às vezes a criança e seu acompanhante nem sabem quem é o médico (ou outro profissional) que os está acompanhando de fato.

No ambiente hospitalar ocorrem, outrossim confrontos ambivalentes e paradoxais de sentimentos, como vida e morte, cura e sofrimento, qualidade de vida plena e limitada, alegria e tristeza, saúde e doença, entre outros (DIAS et al., 2003).

Para Chiattonne (1988), o conjunto de fatores negativos ligados à privação e à institucionalização, como a interação entre o meio físico e social, quase sempre leva a um déficit intelectual que depende dessa interação e resulta na diminuição de habilidade funcional da criança.

Em relação à idade escolar, Whaley & Wong (1989), Chiattonne (1996), Dias et al., (2003) interpretam que as crianças já conseguem pensar em termos concretos, compreendendo não só que estão doentes mas também todo o processo de hospitalização, suas causas e efeitos. Sendo assim, as crianças nessa faixa de idade

buscam constantes informações sobre sua doença, conseguem comunicar sua dor e demonstram pouco medo ou resistência (em comparação às fases anteriores); além disso, lutam por independência e produtividade. Ademais, nessa fase, o grupo e os pares, as aquisições de habilidades sociais e físicas, o desenvolvimento do senso de realização e o ajustamento ao *setting* escolar assumem características importantes.

Ainda segundo estes autores, trata-se de uma situação de múltiplos riscos, pela qual observam-se prejuízos importantes no crescimento e desenvolvimento global do escolar, que refletem vários comportamentos desadaptativos. Alguns sintomas referidos mais freqüentemente pelos escolares, frente à hospitalização, são:

- demonstrar temores, solidão, tédio, isolamento, retraimento, raiva, hostilidade, frustração, sono excessivo ou assistem à televisão em excesso;
- expor sentimento de culpa;
- apresentar reações de angústia, depressão e luto, medo da própria doença;
- mostrar insegurança e ansiedade, temer o que pode acontecer enquanto estiver adormecido, como não acordar ou morrer, ou ainda criar fantasias de mutilação, procedimentos invasivos na área genital, lesão corporal e dor;
- desencadear ressentimentos por serem diferentes, temendo alterações visíveis na imagem corporal;
- experimentar tendência à fobia (escuro, médicos, medicação, morte, agulhas, radiografias e sangue);
- apresentar regressão de comportamento, distúrbio no padrão de sono, de apetite, dificuldades escolares, entre outros;
- revelar diminuição de habilidades cognitivas e capacidade de concentração;
- predominar aumento de queixas físicas, temendo perder as habilidades recentemente adquiridas;
- perder o controle, em decorrência da dependência imposta e de papéis familiares alterados;
- verificar interferência nas relações com os grupos/pares de companheiros, pois se encontram sob o risco de fracassos perante os mesmos;
- assumir a morte personalizada, interesse pelo além da morte;

- demonstrar sinais de separação das atividades habituais na escola (ocasionando frequência irregular e baixo rendimento escolar) e de ligações sociais, tanto dos pais quanto dos pares;
- identificar frustração de sonhos e projetos idealizados anteriormente;
- tentar adiar um evento ou outro, apesar de serem mais corajosos nessa idade.

As situações conflitantes e complexas vivenciadas durante a hospitalização de crianças necessitam ser transformadas, pois, conforme Dias et al. (2003), as mudanças psicológicas e comportamentais, além de se manifestarem no processo de hospitalização, podem-se apresentar após a alta hospitalar, o que ressalta a necessidade de se possibilitarem estratégias preventivas de tais distúrbios.

No ambiente hospitalar é provável que a criança experimente mais dificuldades para se expressar do que na sua rotina diária (em casa ou na escola), em decorrência dos constrangimentos temporais e interpessoais, o que dificulta a aceitação do seu tratamento hospitalar e conseqüente restabelecimento.

Guimarães, apud Dias et al. (2003), ressalta que a criança explora e interage com seu meio, de forma contínua e recíproca, quando lhe são oferecidas oportunidades consideradas favoráveis ao seu desenvolvimento.

### **3.2.3 - Importância do brincar para a criança hospitalizada**

A ação lúdica\* é algo inerente à própria condição de ser e de viver da criança e faz parte da sua natureza.

*“Porque brincar é essencial à saúde física, emocional e intelectual do ser humano. Brincar é coisa séria, também, porque na brincadeira não há trapaça, há sinceridade, engajamento voluntário e doação. Brincando nos reequilibramos, reciclamos nossas emoções e nossa necessidade de conhecer e reinventar. E tudo isso desenvolvendo atenção, concentração e muitas outras habilidades” (CUNHA, 1993, p.35).*

---

\* A atividade lúdica, o brincar, a brincadeira, a recreação, o jogo, a atividade criativa serão considerados neste contexto como tendo o mesmo significado: abrangendo comportamento espontâneo ou que envolve regras

De igual forma, encontra-se fundamentação teórica em Lebovici & Diatkine (1988); Cunha (1993 e 1994); Friedmann (1993); Kishimoto (1993); Lenzi (1993); Lindquist (1993a e b); Cavallari & Zacharias (1994); Machado (1994), Santos (1997); Moyles (2002), autores que, largamente, têm enfatizado a importância e a necessidade fundamental do brincar para o desenvolvimento infantil.

Nesse panorama, enfatizam-se as atividades lúdicas e criativas como essenciais e autênticas para a vida da criança, significando um meio de expressão e de comunicação que permite mostrar toda sua espontaneidade, não ocultando seus verdadeiros sentimentos.

Em consonância com as idéias citadas anteriormente, Tarso & Sans (1994) apontam que o brincar é uma linguagem e um meio de expressão fundamental para a criança, simbolizando suas experiências, seus desejos, suas fantasias, suas potencialidades e sua autonomia.

Além de ser um meio de expressão, brincar é uma forma de integrar a criança ao ambiente que a cerca e, portanto, amplia as possibilidades de desenvolvimento global da criança.

Tais proposições também são desenvolvidas por Santos (1997), quando esclarece que com as atividades lúdicas a criança assimila valores, adquire comportamentos, desenvolve diversas áreas de conhecimento, exercita-se fisicamente e aprimora habilidades motoras, além de desenvolver a sociabilidade.

Considera-se pertinente apropriar-se das palavras de Machado (1994, p.26), quando cita que “... *do mesmo modo que os sonhos, as brincadeiras servem à auto-revelação bem como à comunicação com níveis mais profundos, inconscientes, arquetípicos*”.

Em essência, o brincar é uma ferramenta necessária para os processos de socialização, comunicação, aquisição de conhecimento e habilidades da criança. Friedmann (1993, p.29), por exemplo, cita que nesses “... *diferentes contextos, as crianças estabelecem relações com o mundo, transformando, através do brincar, seus significados*”.

Em todas as idades, especialmente na infância, o brincar é realizado com muito prazer, criando uma atitude alegre em relação à vida e à aprendizagem da mesma (MOYLES, 2002).

Machado (1994) acrescenta que a criança que brinca livremente, no seu nível e à sua maneira, está não só explorando o mundo ao seu redor como também comunicando sentimentos, idéias, fantasias, ou seja, intercambiando o real com o imaginário.

Utilizar a atividade lúdica para aflorar o desenvolvimento mais saudável da criança irá lhe proporcionar alegria, divertimento e lhe permitirá, também, explorar as capacidades e potencialidades latentes em cada ser humano.

Brincar é, sem dúvida, algo que fascina e motiva a criança e a leva a resolver muitos de seus conflitos internos e também sua ansiedade; ademais, explora a independência pela liberdade de expressão. Nesse sentido, Tarso & Sans (1994) expõem que a perda do lúdico na infância é algo que expõe a criança ao envelhecimento precoce e atrofia sua espontaneidade.

No transcorrer do desenvolvimento infantil haverá a possibilidade do adoecimento grave e, conseqüentemente, da hospitalização da criança, que exigirão dela estratégias para superar tais adversidades, desencadeando, assim, condições restritas ao seu desenvolvimento saudável. A esse respeito, Dias et al. (2003) complementam que a ausência de atividades lúdicas na enfermaria pediátrica poderá dificultar o enfrentamento do processo de doença, que está relacionado a reações de ansiedade nas crianças.

*“É brincando que a criança mergulha na vida, sentindo-a na dimensão de suas possibilidades. No espaço criado pelo brincar nessa aparente fantasia, acontece a expressão de uma realidade interior que pode estar bloqueada pela necessidade de ajustamento às expectativas sociais e familiares. A brincadeira espontânea proporciona oportunidades de transferências significativas que resgatam situações conflituosas”* (CUNHA, 1993, p.35-36).

É oportuno acrescentar que o brinquedo não satisfaz apenas os desejos da criança na infância, mas também representa a condição peculiar do domínio sobre uma realidade frustrante, decorrente da projeção dos perigos internos sobre o mundo externo e da transformação da angústia da criança normal em prazer (LEBOVICI & DIATKINE, 1988).



Refletindo sobre tais colocações, Cunha (1993) ressalta que a criança doente continua sendo criança e que o jogo é essencial para garantir seu equilíbrio emocional e intelectual, pois estando impossibilitada de brincar, tem seu desenvolvimento global comprometido. Assim, para proporcionar um desenvolvimento sadio e pleno às crianças, no ambiente hospitalar, é necessário garantir-lhes condições adequadas.

Desse modo, entende-se que a atividade lúdica não deve faltar na vida da criança hospitalizada, por ser um importante mecanismo protetor e neutralizador do impacto das condições adversas presentes no hospital, aspecto também apontado por França et al. (1998, p.28), que consideram:

*“Tratando-se de crianças hospitalizadas, o brinquedo tem também um importante valor terapêutico, influenciando no restabelecimento físico e emocional pois pode tornar o processo de hospitalização menos traumatizante e mais alegre, fornecendo melhores condições para a recuperação”.*

Os trabalhos anteriormente citados traduzem o entrelaçamento da atividade lúdica com o desenvolvimento normal da criança e sua relevância para a assistência à criança hospitalizada, embora sua utilização sistemática ainda não seja uma realidade nas instituições brasileiras. Entretanto, algumas instituições, que estão em processo de consolidação no país, têm sido reconhecidamente responsáveis por auxiliar as crianças a enfrentarem a doença, a hospitalização e o tratamento imposto.

Vários programas visam promover a garantia e eficácia de atividades lúdicas com crianças hospitalizadas. Tais trabalhos estão ancorados nas publicações de Duarte et al. (1987), Francisquetti & Ciornai (1991), Viegas (1997), França et al. (1998), Mitre (2000), Alves & Moraes (2001), Vitoriano (2001), Coren-SP (2002), Souza & Marques (2002), e dentre eles destacam-se:

- Associação Arte Despertar (São Paulo)
- Associação Viva e Deixe Viver (São Paulo)
- Entidade Doutores da Alegria (São Paulo)
- Projeto Carmim (São Paulo)
- Projeto Doutores Cidadãos (São Paulo)
- Companhia do Riso (Ribeirão Preto/São Paulo)

- Música é Vida e a Escolinha Inicial Musical e Artes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Pernambuco)
- Projeto de Extensão: “Brinque-Hospital: a inserção do lúdico como facilitador na integração da criança ao hospital” (Paraná)

As atividades desenvolvidas por esses programas seguem a linha de humanização hospitalar ligada à arte, música, dramatização, dança, canto, literatura infantil, fotografia, sendo os mesmos desenvolvidos por profissionais de diferentes áreas, tais como: músicos, artistas plásticos, atores profissionais, arte-educadores, enfermeiros, alunos de graduação em enfermagem, arteterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores e voluntários.

Tais programas vêm acompanhados de objetivos fundamentais visando melhorar a qualidade do atendimento e de vida dos pacientes e familiares, minimizar os efeitos negativos causados pela internação e pela doença, como também pela dor e sofrimento. Tais objetivos emergem da interiorização e expressão de vivência da criança hospitalizada por meio do jogo, e buscam o fortalecimento da auto-estima, redução da ansiedade, estímulo da fantasia, melhor sociabilidade, diminuição do tempo de internação, estreitamento da relação profissional da saúde-paciente e, sobretudo, transformação do espaço hospitalar, que deve ser mais informal, descontraído e alegre.

Esses programas foram implementados nos seguintes hospitais de **São Paulo/SP**: Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, Hospital do Câncer, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Hospital Albert Einstein, Hospital Infantil Cândido Fontoura, Associação de Assistência a Crianças Defeituosas (AACD), Hospital do Servidor Público Municipal e Hospital da Criança, Hospital Brigadeiro. Em **Santo André/SP**: Hospital Infantil da Fundação de Assistência à Infância de Santo André. Em **Campinas/SP**: Centro Infantil Boldrini. Em **Ribeirão Preto/SP**: Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Unidade do Campus. No **Rio de Janeiro**: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – Universidade Federal do Rio de Janeiro e Hospital Municipal Jesus. Em **Recife/PE**: Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Em **Londrina/PR**: Setores de Pediatria e Quimioterapia do Hospital Universitário Estadual de Londrina. Em **Porto**

**Alegre/RS:** Sala de Recuperação pós-anestésica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Em **SC:** Hospital Regional de Rio do Sul.

Paralelamente, identificam-se também outras atividades desenvolvidas com crianças hospitalizadas, que são: as brinquedotecas\* hospitalares, salas de recreação, classes hospitalares ou oficinas pedagógicas, brincadeiras terapêuticas e recreação terapêutica. As brinquedotecas hospitalares são postuladas por Kishimoto (1993), Lenzi (1993), Lindquist (1993a e b), Cunha (1993, 1994), Viegas (1997) como um recurso de proteção à criança para superar o efeito das adversidades hospitalares, o qual a prepara para enfrentar situações novas, preserva sua saúde emocional, dá continuidade ao processo de estimulação de seu desenvolvimento, proporciona condições para que a família e as pessoas que vão visitar a criança encontrem-se com ela num ambiente favorável e a prepara para a volta ao seu lar.

### **3.3 – Arteterapia\*\***

#### **3.3.1 – Histórico e pressupostos teóricos da arteterapia**

Inúmeras são as conceituações sobre arteterapia, e uma delas é considerá-la um processo terapêutico decorrente da utilização da arte. A arte é a representação da vida e um recurso mediador de interação entre pessoas e, através dela, o homem pode se aproximar de um dos maiores patrimônios da humanidade, criar e recriar por meio da linguagem e da emoção (ARTTE, 1998).

A arte é, então, uma expressão inerente ao ser humano e está, ao menos potencialmente, ao alcance de todos. A esse respeito, Osório (1998) esclarece que a arte ainda se propõe a algo que é pessoal e único, e expressa a linguagem do inconsciente.

---

\* As brinquedotecas são espaço voltado para brinquedos e brincadeiras (FRIEDMANN, 1993, p.30), desenvolvimento de atividades lúdicas e o empréstimo de brinquedos e materiais de jogo (KISHIMOTO, 1993, p.51)

\*\* A palavra arteterapia, no Brasil, apresenta-se grafada de diversas formas, porém neste estudo sua grafia será como no início deste rodapé

*“A arte provê a possibilidade de dar forma a esta complexidade que é nossa intimidade, sem as exigências da linearidade causa, temporal cartesiana que a lógica nos traz. Ao dar forma podemos dar sentido às nossas experiências, significando e re-significando nossas vivências, ampliando e construindo nossa consciência de nós mesmos em relação com o mundo”* (CIORNAI, 1994, p.41-42).

Todavia, na arte nada é descompromissado, tudo tem uma procedência e um sentido (FRANÇA, 1998), e do mesmo modo, também, se caracteriza o processo arteterapêutico.

Arteterapia é uma prática terapêutica que trabalha com a intersecção de vários saberes, como educação, saúde, arte e ciência, buscando resgatar a dimensão integral do homem (OSÓRIO, 1998). *“Tem seu interesse voltado especialmente para a imagem, a criatividade e a expressão humana e toca de forma significativa em questões, como: a transformação da pessoa, identidade, comunidade, cultura, política, ecologia, espiritualidade etc”* (BERG, 1999, p.122). Assim, a arteterapia resgata a promoção, a prevenção e a expansão da saúde (PHILIPPINI, 2000).

Ainda segundo esta autora, a arteterapia auxilia a resgatar, desbloquear e fortalecer potenciais criativos, através de formas de expressão diversas; ademais, facilita que cada um encontre, comunique e expanda o seu próprio caminho criativo e singular, favorecendo a expressão, a revelação e o reconhecimento do mundo interno e inconsciente.

*“A experiência do trabalho com arteterapia proporciona a possibilidade de reconstrução e de integração de uma personalidade. Contribuindo como procedimento prático e, apoiando num referencial teórico de suporte, permite à aquisição da autonomia, como objetivo ou meta para melhora da vida humana. Pois ao ser possível integrar, pela atuação consciente, o resultado do criado com a temática emocional oculta na representação apresentada, o sujeito adquire a condição de transcender as suas vivências imediatas, experimentando novos sentimentos, e disponibilizando-se para novas oportunidades”* (URRUTIGARAY, 2003, p.18).

A arte\* e a criatividade podem-se construir na essência para determinadas áreas de trabalho que, muitas vezes, são confundidas entre si, dentre as quais podem-se citar: arteterapia, terapias expressivas, arte em psicoterapia, arte-educação e terapia ocupacional. Entretanto, o uso e a leitura das mesmas podem ocorrer em diferentes níveis e sob a visão de várias teorias.

A **arteterapia** canaliza o trabalho para reestruturação e reorganização mental do indivíduo, sendo seu foco direcionado mais para os processos individuais, para as emoções, questões e dificuldades de cada pessoa, cuja ênfase está na subjetividade (BARBOSA & CIORNAI, 2000).

A **arte-educação** tem como objetivo a aprendizagem. O arte-educador é formado para trabalhar a arte em função do desenvolvimento mental do indivíduo, do desenvolvimento emocional com o cognitivo, inter-relacionando a arte com outras áreas do conhecimento. O foco aqui volta-se mais para o global, para o processo de desenvolvimento do grupo, em termos de educação, crescimento e ênfase no contexto (BARBOSA & CIORNAI, 2000).

As **terapias expressivas** assemelham-se ao processo de arteterapia, contudo utilizam outros recursos expressivos, dentre eles, teatro, movimento, dança, som, música, escrita, além dos materiais plásticos (ANDRADE, 1994).

A **arte em psicoterapia** é realizada, sobretudo, por profissionais específicos da psicologia. Frequentemente, neste processo, considera-se a atividade plástica secundária, pois o efeito terapêutico sobrevém somente das trocas verbais em torno do conteúdo da obra. Utiliza-se a expressão plástica, neste caso, como meio de acender a comunicação verbal ou como a única maneira de estabelecer uma comunicação, caso em que a representação simbólica é ignorada (PAIN & JARREAU, 2001). De igual forma, aponta Andrade (1995), a arte em psicoterapia tem a finalidade de facilitar a resolução de conflitos interiores, afetivos e comportamentais, utilizando-se de algum meio de expressão artística.

A **terapia ocupacional** preocupa-se em dirigir o nível consciente e o desempenho dos pacientes num grupo. Depende de um treinamento técnico nas artes e no artesanato e encoraja a cópia e a feitura de produtos padronizados. Os métodos

---

\* A arte está associada à habilidade, desteza, capacidade; trabalho artístico (letras, pintura, escultura, dança, música etc), obra e arte. Utilizar-se-ão, neste estudo, como restritos às artes plásticas: desenho, pintura, colagem, recorte, modelagem, construção etc

de ensino da terapia ocupacional, em classe, não se relacionam à psicodinâmica da terapia psicanalítica. A arteterapia, ao contrário da terapia ocupacional, fundamenta seus métodos na liberação entre paciente-terapeuta e no encorajamento da associação livre, com orientação analítica, enfatizando a liberação dos conflitos inconscientes dos pacientes (NAUMBURG, 1991).

Muitas vezes, as fronteiras entre as distintas áreas podem parecer sutis, pois a arte-educação pode ser, de certa maneira, terapêutica, assim como os processos terapêuticos acabam sendo também educativos. Elas podem ser usadas conjuntamente, ou uma delas pode ser mais indicada para cada pessoa em especial.

Os referenciais teóricos em arteterapia podem ser diversos, dentre eles citam-se a abordagem junguiana, gestáltica, comportamental, psicanalítica, antroposófica, centrada na pessoa, construtivista etc, caracterizados de acordo com a singularidade de cada profissional da arteterapia, estabelecendo-se, assim, diferenças e semelhanças nas formas de desempenhar a profissão (PHILIPPINI, 2000). No Brasil, as que mais freqüentemente embasam a prática da arteterapia são as teorias junguianas e gestálticas.

Nos EUA, existem divisões dentro da arteterapia, sendo que as terapias não-verbais compreendem: musicoterapia, dança-terapia, poesia terapia, dramaterapia, teatroterapia, ludoterapia.

A trajetória histórica da arteterapia baseia-se nos estudos de Andrade (1994, 1995 e 2000); Carvalho & Andrade (1995) e Pain & Jarreau (2001), que trazem as primeiras pesquisas da intersecção entre a arte e a psiquiatria, realizadas desde 1876, inicialmente pelo médico psiquiatra Max Simon, que publicou estudos sobre manifestações artísticas de doentes mentais, classificando as patologias conforme as produções artísticas. Posteriormente, Lomboso (advogado criminalista), em 1888, fez análises psicopatológicas dos desenhos de doentes mentais para classificar as patologias. A seguir, vieram outros autores europeus, dentre eles Morselli - 1894, Júlio Dantas - 1900, Fursac - 1906 e Feer (final do século XIX), que estudaram as produções artísticas de enfermos mentais.

Mohr - 1906 - comparou trabalhos artísticos de doentes mentais com aqueles produzidos por pessoas tidas como “normais” e por grandes artistas, e conseguiu observar as manifestações de histórias de vida e conflitos pessoais nas

distintas categorias de pessoas e isto fez com que os desenhos pudessem ser usados como testes. Inspirados em Mohr, diversos autores, dentre eles Rorschach, Murray, Szondo, Binet-Simon, Goodenough e Bender, propuseram seus testes psicológicos, de inteligência, motores e de personalidade.

Já no início do século XX, em 1910, Prinzhorn estudou e publicou o primeiro trabalho comparando desenhos de doentes mentais com as diversas escolas artísticas. Também Freud escreveu em favor dos artistas e de suas obras, analisando-os sob a teoria psicanalista, dando forma a uma análise profunda das manifestações inconscientes afluídas nas obras artísticas. Freud observou que o inconsciente pode-se manifestar através de imagens, criando uma comunicação simbólica com função catártica cujas imagens escapavam da censura da mente, permitindo ao analista atento captar mais objetivamente seus significados.

*“Para Freud, a criação artística é produto de uma função psíquica, denominada sublimação. A psicanálise estabelece conexões entre a libido e o impulso criador; este seria resultante de desejos sexuais e agressivos sublimados, pela canalização de parte da energia primária e instintiva para uma representação simbólica do objeto primevo de satisfação” (ANDRADE, 2000, p.51).*

Jung, na década de 20, usou a arte como parte do tratamento de seus clientes. Ele considerava o material artístico, a representação das imagens e os sonhos como uma simbolização do inconsciente individual e coletivo. Estudou e observou símbolos de diversas culturas e mitologias, e juntando aspectos similares criou o conceito de arquétipo\*, algo que favorece o psiquismo do ser humano. Jung considerava a criatividade uma função psíquica e natural da mente humana, com a função estruturante do pensamento. Esse processo natural realiza-se por intermédio de símbolos presentes no conteúdo onírico\*\*, nas fantasias e nas diferentes

\* “Arquétipo é um conceito hipotético postulado por Jung para explicar a manifestação de imagens arquetípicas, ou seja, todas as imagens que aparecem em sonhos e fantasias que guardam notável semelhança com temas universais encontrados nas religiões, nos mitos, nas lendas etc. Os arquétipos são universais porque as emoções humanas são universais” (YOUNG-EISENDRATH & DAWSON, 2002, p.289-290)

\*\* Onírico relativo aos sonhos

expressões de arte. Essa linguagem expressiva realizada pelo cliente e complementar à verbalização ajudava-o a organizar o seu caos interior.

*“A psicologia analítica caminhou de maneira diferente do preconceito médico. Colocou a arte em seu devido lugar sem vê-la ou compará-la a uma doença. O psicólogo analista passou a pesquisar além das causas e dos condicionamentos prévios a que o homem está sujeito. Passou a perguntar a si mesmo qual era o sentido da obra estudada e que sentido ela poderia ter para a vida do artista. Uma psicologia que muito se volta para questões biológicas até pode estudar o ser humano com seriedade. Contudo, quando se trata de uma criação artística, o olhar clínico se torna insuficiente para alcançar o entendimento de uma realização criativa” (ARTTE, 1998, p.59).*

Margaret Naumburg (EUA), pioneira na sistematização da arteterapia, em 1941 desenvolveu seu trabalho e sua teoria a partir de concepções educacionais e associações livres de trabalhos realizados espontaneamente por seus pacientes. *“Em princípio, o conteúdo objetivado pelo trabalho expressivo serviria como um espelho o qual reflete informações e pode estabelecer um diálogo entre consciente e inconsciente” (ANDRADE, 2000, p.53).* Seu trabalho sofreu influências freudianas e recebeu a denominação de arteterapia de orientação dinâmica.

Sua irmã, Florence Cane (EUA), desenvolveu métodos para liberar a expressão artística e assim criou e diferenciou, junto com Margaret, os dois campos do saber da arteterapia (Margaret) e da arte-educação (Florence), como métodos de psicoterapia e pedagogia.

Posteriormente, aparece Hanna Kiatkowsa, em 1953, com trabalhos de arteterapia realizados com grupos de famílias.

Seguindo, em 1958, Edith Kramer, passou a valorizar não só o produto (obra artística) final produzido, como todo o processo do fazer artístico (observou o comportamento, o criar arte, a expressividade). Esclareceu que com este processo o cliente poderia ter uma experiência altamente significativa com a aquisição do conhecimento do seu funcionamento psicológico. Ela defendia a idéia de que não seria necessária a interpretação do trabalho realizado e nem a obrigatoriedade de verbalização da mesma, com o propósito de explicar todos os aspectos pertencentes ao produto final. Ressaltou que seu trabalho era terapêutico, pois toda relação



interpessoal positiva se estabelecia sobre uma modificação de atitude. Baseou sua análise na teoria freudiana e introduziu um importante requisito para a formação e qualificação do arteterapeuta, que este precisaria também ser professor de arte e artista.

Françoise Dolto, em 1972, fez um trabalho integrando a psicanálise à pediatria. Para ela, quando a criança usa imagens e palavras para expressar-se, emprega uma linguagem simbólica para falar com seu inconsciente, trabalho também importante para seu desenvolvimento e amadurecimento motor, bem como do seu raciocínio e crescimento afetivo.

Janie Rhyne, em 1973, aliou a arte aos princípios da gestalt-terapia, propondo exercícios de contato, sensibilização e “*awareness*”\*. Enfatizou que a arte ajudava a recuperar a consciência pessoal.

*“A vivência de arte em gestalt tem a capacidade de tornar a experiência criativa disponível para as pessoas poderem entrar em contato com seus conflitos. Ao expressá-los, há a possibilidade de reorganizar as próprias percepções, visando um melhor equilíbrio da personalidade” (ANDRADE, 2000, p.57).*

O mesmo autor (1995) esclarece que a vivência de arte em Gestalt define-se no conjunto formado pelo: fazer formas artísticas; estar emocionalmente envolvido nas formas que estão sendo criadas, como um evento pessoal; observar o que está sendo feito e perceber pelas produções realizadas não somente como a pessoa está no momento, bem como as maneiras alternativas possíveis para se desenvolver, seguindo modelos mais desejados por ela mesma.

Natalie Rogers, filha de Carl Rogers, em 1974, reuniu os princípios da teoria de Rogers (centrado na pessoa), com seu trabalho de terapia expressiva. Trabalhou utilizando várias artes ou formas de expressão artística, dentre elas: pintura, modelagem, expressão corporal, teatro, dança, música, poesia e mímica, nos grupos de encontro com o pai, trabalho que foi denominado de conexão criativa.

---

\* *Awareness*: termo da gestalt terapia, significa a tomada de consciência, isto é, tornar-se presente, de presentificação, envolvendo atenção, percepção. É uma forma de se experienciar, estando em contato vigilante com os eventos mais importantes do campo organismo-meio, com suportes sensorio-motor, emocional, cognitivo e energético (MAFFEI, 1995)

Dessa maneira, ela não exerceu a interpretação psicanalítica, mas procurou facilitar a verbalização e a compreensão do cliente.

No Brasil, a arteterapia surge inicialmente no Hospital Juqueri em São Paulo, com os estudos do médico psicanalista Osório César, onde trabalhou a arte com os enfermos mentais. Criou, em 1925, a Escola Livre de Artes Plásticas dentro do hospital, realizou mais de 50 exposições divulgando a expressão artística dos doentes mentais hospitalizados e escreveu vários livros sobre o assunto. Ele se destacou por ser um precursor, no Brasil, da análise da expressão psicopatológica em doentes mentais internados em instituição psiquiátrica.

Osório César trabalhava com dinâmicas espontâneas, acreditando que o fazer arte já proporcionava a cura por si, por ser esta uma forma de acesso ao conhecimento interior. As técnicas mais utilizadas por ele foram a modelagem, o desenho e o artesanato.

Outra pessoa de grande destaque, no Brasil, e que trouxe um trabalho inovador de terapia expressiva e arteterapia foi a psiquiatra junguiana Nise da Silveira. Em 1946 criou a Seção de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Dom Pedro II, em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro e inovou, introduzindo na sua prática psiquiátrica atividades expressivas espontâneas, substituindo substancialmente os tratamentos convencionais e constantemente usados na época, como os eletrochoques.

Nise da Silveira reconhece

*“... no trabalho do paciente uma força autocurativa, a criatividade inerente à necessidade de expressar-se. Comunicar-se por formas alternativas tornar-se o veículo possível onde a palavra fracassa, pois o indivíduo não pode transmitir sua organização incomum de captação da realidade interior-exterior” (ANDRADE, 2000, p.60).*

Em 1952, Nise criou o Museu de Imagens do Inconsciente, um dos acervos mais importantes do mundo, no qual reúne e conserva os trabalhos dos pacientes psiquiátricos do hospital acima referido. O acervo do Museu de Imagens do Inconsciente reúne séries de desenhos, pinturas e modelagens, que foram datadas e agrupadas, acompanhando o fio significativo do processo psicótico, segundo os respectivos autores (SILVEIRA, 1992). Nise também sugeria em seus trabalhos que

os internos tocassem música, dançassem e fizessem representações dramáticas, permitindo-lhes aplicar a linguagem arcaica de imagens simbólicas para comunicar os intensos desejos e emoções que emergiam de seus psiquismos (ANDRADE, 1994).

Ângela Philippini, em 1982, fundou a Clínica Pomar e organizou o primeiro curso de arteterapia no Rio de Janeiro, com abordagem junguiana. A Clínica Pomar é um centro de estudos e discussão em arteterapia, sob orientação junguiana. Conta com o trabalho de uma equipe multidisciplinar, além de desenvolver projetos práticos e efetivos, em diferentes locais, com atendimento clínico a crianças, adolescentes, adultos e idosos. A Clínica Pomar estendeu sua formação para grupos das cidades de Uberlândia (MG), Belo Horizonte (MG), Recife (PE), Brasília (DF) e mantém intercâmbio na Espanha com as instituições Can Juliá e Methafora.

Posteriormente, em São Paulo, a arteterapeuta Selma Ciomai, com formação em Israel e nos Estados Unidos, criou e coordenou o curso de expansão em arteterapia, em 1989, no Instituto Sedes Sapientiae, que se tornou especialização em 1990, cuja abordagem é fenomenológica-existencial. Atualmente, os professores trazem uma variedade de experiências teóricas que complementam e enriquecem a abordagem gestáltica, como a junguiana, a transpessoal, a terapia familiar e o psicodrama. Desenvolvem cursos de especialização (semanal), aperfeiçoamento (mensal, em módulos residenciais) e extensão, além de jornadas, seminários e workshops, procurando dar uma base comum a todos os alunos no primeiro ano do curso. Entretanto, no segundo ano oferecem supervisão especializada nas áreas de arte-reabilitação, psicopedagogia e orientação vocacional, atelier terapêutico, atendimento psiquiátrico, psicoterapia com crianças, adolescentes, adultos e idosos e trabalhos em instituições sociais e contextos comunitários. Este é o único da América do Sul incluído na lista de cursos da Associação Americana de Arteterapia; atualmente, ele se expandiu até Porto Alegre, em parceria com o Instituto da Família de Porto Alegre.

Ada Jens, em 1969, introduziu o curso de formação de terapeutas artísticos do Brasil, por intermédio da Sociedade Brasileira de Medicina Antroposófica, em parceria com a Associação Beneficente Todias. As terapias

expressivas de linhas antroposóficas são originárias do pensamento de Rudolf Steiner.

Em Goiânia, no ano de 1993, foi instituído o primeiro curso de especialização em arteterapia ministrado em uma instituição pública federal, reunindo quatro faculdades da Universidade Federal de Goiás (UFG): Faculdade de Artes Visuais, Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Educação e Faculdade de Medicina, sob coordenação da Faculdade de Artes Visuais.

Em São Paulo, em 1999, Sônia Tommasi criou e coordenou um curso de especialização em arteterapia na Universidade São Judas Tadeu.

Cristina Dias Alessandrini, em 2000, funda em São Paulo a Alquimy Art e, em parceria com a Universidade Potiguar de Natal, introduz cursos de especialização em arteterapia - pós graduação lato-sensu - em várias regiões do país: São Paulo, Natal, Goiânia e Belém. A equipe da Alquimy Art desenvolve também projetos sociais, pesquisa, estudos e atendimento clínico em arteterapia, e a coordenação dos cursos fica a cargo de Cristina Alessandrini e Deolinda Fabietti. Em 2003, o Alquimy Art inicia uma nova parceria com a FIZO - Faculdades Integração Zona Oeste em Osasco, na Grande São Paulo, para implantação de cursos de especialização em arteterapia nas cidades de Joinville, Uberlândia e Ribeirão Preto.

Existem ainda, no Brasil outros cursos de arteterapia, como o da Universidade de Campinas (Unicamp), da Joya Eliezer (São Paulo), da Universidade Cândido Mendes (Rio de Janeiro) entre outros. Muitos outros cursos de arteterapia vêm-se desenvolvendo no país, os quais não se esgotam nesta descrição, que registra somente os principais.

Quanto às revistas de arteterapia editadas no Brasil, estas são duas:

- Revista Imagens da Transformação da Clínica Pomar (Rio de Janeiro), com dez volumes editados no período de 1994 a 2003;
- Revista Reflexões do Instituto Sedes Sapientiae (São Paulo), com cinco volumes editados no período de 1995 a 2002.

Ainda no Brasil, encontra-se a União Brasileira de Associações de Arteterapia, entidade inaugurada recentemente, em agosto de 2003. Nessa congregação discutem-se os seguintes temas: código de ética, formação

básica para o profissional arteterapeuta (grade curricular), perfil do profissional arteterapeuta. O Brasil conta com nove associações regionais, que são:

- Associação de Arteterapia do Rio de Janeiro, sob coordenação de Geraldo Arte;
- Associação da Arteterapia do Estado de São Paulo, sob representação provisória de Maria Betânia Paes Nørgren e Deolinda Fabietti;
- Associação Brasil Central de Arteterapia (Goiás, Tocantins e Distrito Federal), sob coordenação de Ana Cláudia Afonso Valladares;
- Associação de Arteterapia de Pernambuco, sob coordenação de Cristina Lopes;
- Associação de Arteterapia da Bahia, sob coordenação de Tânia França de Marcelo;
- Associação de Arteterapia do Espírito Santo, sob coordenação de Glícia C. Manso Paganotto;
- Associação de Arteterapia de Minas Gerais, sob coordenação de Otilia Rosângela Souza;
- Associação de Arteterapia do Rio Grande do Sul, sob coordenação de Angélica Shigihara;
- Associação de Arteterapia e Dança-terapia do Rio Grande do Sul, sob coordenação de Raquel Rosiak.

Realizaram-se, em nível nacional, cinco congressos de arteterapia:

- Em 1994 - I Congresso Brasileiro de Arteterapia no Rio de Janeiro/RJ, sob coordenação de Ângela Philippini, com apoio da Clínica Pomar;
- Em 1996 - II Congresso Brasileiro de Arteterapia no Rio de Janeiro/RJ, sob coordenação de Ângela Philippini, com apoio da Clínica Pomar;
- Em 1999 - III Congresso Brasileiro de Arteterapia em São Paulo/SP, sob coordenação de Selma Ciormai, com apoio do Instituto Sedes Sapientiae;
- Em 2000 - IV Congresso Brasileiro de Arteterapia em Goiânia/GO, sob coordenação de Ana Cláudia Afonso Valladares, com apoio das

Faculdades de Enfermagem e Artes Visuais da Universidade Federal de Goiás (UFG);

- Em 2002 - V Congresso Brasileiro de Arteterapia em Ouro Preto/MG, sob coordenação da Oflia Rosângela Souza, com apoio da Integrarte-Solar da Maturidade.

Programa-se, para 2004, o VI Congresso Brasileiro de Arteterapia, em Vitória/ES, sob coordenação da Glícia C. Manso Paganotto.

### 3.3.2 – A arteterapia na abordagem junguiana

O tema que se sucede, ao longo deste item, evoca a arteterapia na abordagem junguiana que basear-se-à principalmente em Philippini (1994b; 1995; 1997; 1998; 1999; 2000/2001; 2002) e Urrutigaray (2003), mas também em outros autores.

A teoria junguiana parte da premissa que as pessoas em seu curso natural de vida, em seus processos de autoconhecimento e transformação, são orientadas por **símbolos**\*. Estes surgem do **Self**\*\* e correspondem ao potencial mais pleno de cada um, à totalidade da psique e à essência do sujeito. Durante a vida, o self, através dos símbolos, necessita ser reconhecido, compreendido e respeitado. “*O símbolo configurado em materialidade, leva à compreensão, transformação, estruturação e expansão de toda a personalidade do indivíduo que cria*” (PHILIPPINI, 1994b, p.6).

Conforme Resende (2001), os símbolos são projeções de todo e qualquer aspecto da natureza humana e expressam a sabedoria humana armazenada individualmente. “*Quando os símbolos se tornam experienciáveis num processo*

---

\* Símbolo é a “... melhor expressão possível para algo inferido, mas não diretamente conhecido ou que não pode ser adequadamente definido em palavras” (YOUG-EISENDRATH & DAWSON, 2002, p.293). “Uma imagem simbólica é a expressão condensada de toda a situação psíquica, que inclui elementos tanto da Consciência quanto do Inconsciente mostrando que existe uma relação entre os dois sistemas” (RAMALHO, 2002, p.81)

\*\* Self ou Si mesmo “... é o arquétipo central da ordem, a unidade humana, e o centro regulador da Psique” (RAMALHO, 2002, p.79). “O centro hipotético e a totalidade da psique, sentido como aquilo que governa o indivíduo e para a qual o indivíduo está inconscientemente buscando. O princípio de coerência, estrutura, organização que governa o equilíbrio e a integração de conteúdos psíquicos” (YOUG-EISENDRATH & DAWSON, 2002, p.293)

*terapêutico, passamos a nos sentir mais vivos, mais emocionais; ou seja, realiza-se o lidar do consciente com o inconsciente”* (KAST, 1997, p.37). Esta autora considera que é por meio dos símbolos que as nossas dificuldades tornam-se manifestas, assim como nossas próprias possibilidades de vida e desenvolvimento.

*“O símbolo aglutina e corporifica a energia psíquica, permitindo ao indivíduo entrar em contato com níveis mais profundos e desconhecidos do seu próprio corpo ser e crescer com estas descobertas. O símbolo constelado com a ajuda os materiais expressivos dinamiza e facilita a estruturação e transformação dos estados emocionais que lhe deram origem”* (PHILIPPINI, 2000, p.19).

Medina Filho (1997) introduz que o símbolo constelado (pela criação plástica ou outra) é o guia de orientação do trabalho na abordagem junguiana, pois, além de informar de maneira simbólica-metafórica sobre os conteúdos inconscientes que precisam ser trabalhados, possibilita um rápido processo de comunicação e autoconhecimento.

*“Nas sessões de arteterapia onde as condições do setting são favoráveis, o arquivo mais profundo do ser é acessado dando início a uma amostra, através dos símbolos, dos conteúdos mais secretos da personalidade, há um afloramento de imagens trazidas do inconsciente pelos participantes. Os conflitos então, vêm à tona e se deixam ver, nas produções artísticas”* (GOLINELLI, 2002a, p.201).

A arteterapia, na abordagem junguiana, instrumentaliza a pessoa com materiais expressivos diversos e adequados para que possam ocorrer a expressão e a comunicação de símbolos da energia psíquica (como sentimentos, emoções, sonhos, desejos, afetos, fantasias, conflitos) para o meio exterior, possibilitando revelações, reconhecimentos, resgates, reconstrução e transformação. Ademais, a arteterapia gera liberdade de expressão e sustenta a autonomia criativa.

No *setting* junguiano, faz-se necessário ter diversas técnicas expressivas (desenho, pintura, colagem, modelagem, construção etc) para atender à singularidade das pessoas, utilizadas, sobretudo, para restituir áreas desusadas, núcleos bloqueados, trazendo a possibilidade do livre fluir da energia psíquica.

*“Em arteterapia, através do manuseio e experimentação de materiais diversos nas múltiplas modalidades expressivas, em atmosfera acolhedora e protegida facilita-se o resgate destas possibilidades e auxilia-se o despertar da sensorialidade e da percepção e permite a vivência de momentos mais soltos e lúdicos. Ao explorar texturas, formas curvas, cavidades, pontas, no reconhecimento da singularidade de cada material expressivo, são beneficiadas por suas propriedades terapêuticas e teremos em consequência o desenvolvimento de algumas destas habilidades adormecidas” (PHILIPPINI, 2000, p.66).*

As produções simbólicas revelam uma psique em múltiplos estágios, ativando a comunicação entre inconsciente, elementos que estavam ocultos e **ego**<sup>\*</sup>, com dimensões mais acessíveis de serem compreendidas. Este processo auxilia a compreensão e resolução de estados afetivos conflituados, apoiados na estruturação e expansão da personalidade, através da criação. Então, pela constelação dos símbolos é possível alcançarem-se desconhecidos territórios psíquicos.

Diniz (2001) refere que a prática da arteterapia facilita a decifração do mundo interno do paciente, pois a compreensão das formas simbólicas possibilita o confronto com o inconsciente e a tomada de consciência de seus conteúdos. *“A arteterapia alcança sua meta como função terapêutica por permitir essa passagem de um conteúdo inconsciente, não assimilado, transmutado ou transformado em outro conscientizado” (URRUTIGARAY, 2003, p.25).*

O **inconsciente** é formado pelo coletivo e individual. No inconsciente coletivo encontram-se os conteúdos **arquetípicos**<sup>\*\*</sup> universais e os instintos, e esse tipo de inconsciente é resultante das experiências da humanidade na psique coletiva pela hereditariedade. Já o inconsciente pessoal é formado pelas experiências reprimidas (ou não) da história da pessoa, desde seu nascimento.

A dinâmica do inconsciente pode se expressar não só através de imagens plásticas (desenhos, pinturas, colagem, modelagem, construção etc), mas também de sonhos, devaneios, fantasias etc.

---

<sup>\*</sup> Ego *“... é o sujeito da ação consciente. O primeiro complexo a se formar, sendo o centro da consciência” (RAMALHO, 2002, p.75).*

<sup>\*\*</sup> Arquétipo *“... é um dos conceitos mais importantes de Jung e corresponde às imagens primordiais ou padrões universais profundos da psique humana, que se mantém presentes e poderosos ao longo do tempo. O arquétipo é o padrão original, o afeto basal, a matriz hereditária, inata, que coordena a formação de símbolos para a estruturação da Psique. Os arquétipos são imagens eternas, princípios formativos de poder instintivo, que se expressam por meio de reações físicas ou representações mentais (imagens, idéias, mitos, sonhos etc)” (RAMALHO, 2002, p.7).*



PHILIPPINI (2000) refere-se, ainda, aos pontos que orientam o caminho para se ter acesso às regiões psíquicas profundas e singulares, registradas na tipologia de Jung, e que permitem a identificação das quatro funções básicas: sensação x intuição, pensamento x sentimento, sendo uma destas quatro a função superior; duas, as auxiliares e a outra é a função inferior de condução do comportamento humano. Jung também correlacionou as quatro funções com os elementos básicos da natureza: terra (sensação), fogo (intuição), ar (pensamento) e água (sentimento). Além destas quatro funções básicas, para a orientação da energia psíquica (sensação, intuição, pensamento e sentimento), existem os movimentos introversão e extroversão, sendo o primeiro com movimentos para dentro da vida psíquica, e a extroversão, com movimentos predominantes para o mundo externo.

Sobre as quatro funções, OSÓRIO (1998, p.94) enfatiza que:

*“Em arteterapia há uma preocupação com o fazer propriamente dito. Uma imagem, uma situação, um sonho deve ser perpassado e transformado pelo fazer. Ao materializarmos a situação estamos trabalhando com diversas funções. Precisamos do pensamento para planejar mas também das habilidades sensoriais para colocar a mão na massa. Quando o fazemos somos atravessados pelo sentimento nele contido, pois sem o sentimento não investiríamos naquele acontecimento. Também, de uma forma mais ou menos sutil, colocamos em ação a intuição”.*

A arteterapia, ademais, ajuda no processo de **individuação\*** e construção do sujeito, processo facilitador ao mundo imagético e simbólico do indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de potenciais latentes e do autoconhecimento. Ao desenvolver esse seu potencial, pela aquisição da liberdade e da autoconfiança, a pessoa torna-se capaz de superar seus próprios problemas. *“Assim, o fazer arte, como atividade ou trabalho, não deixa de ser um exercício intencional, produtivo e necessário à manutenção do sentido da vida humana”* (URRUTIGARAY, 2003, p.142).

---

\* *“A individuação é o processo que leva a uma percepção mais consciente de nossa individualidade específica, incluindo um reconhecimento tanto de nossas virtudes quanto de nossas limitações”* (YOUNG-EISENDRATH & DAWSON, 2002, p.291). *“É o processo de realização do S mesmo, ou do Self ... Significa tender a tornar-se um ser individual em ação, entendendo isso como a forma de nossa unicidade singular”* (RAMALHO, 2002, p.75)

Não basta apenas pensar em uma idéia ou solução, é necessário materializá-la, concretizá-la. E para que isto ocorra, é preciso que as técnicas expressivas sejam apropriadas. Jung confirma que as técnicas expressivas são o meio de acesso ao inconsciente, onde se conjuga imagem e ação num processo de auto-organização e desenvolvimento, o qual possibilita que a energia arquetípica vá em direção da individuação.

Essa capacidade da pessoa transformar o aparentemente desconhecido em conhecido, caminho sobretudo árduo e lento, vai ao encontro do processo de individuação (ARTTE, 1998). A busca da individuação é a procura do viver pleno, integrando possibilidades e talentos às dores e faltas psíquicas; é, antes de tudo, a descoberta do obscuro que amplia as “... *possibilidades de estruturação da personalidade, ativa potenciais e contribui para a construção e modos mais harmônicos de comunicação, integração e estar-no-mundo*” (PHILIPPINI, 2000, p.15).

A trajetória dos símbolos assinala, informa e define os estágios da jornada de individuação de cada um; desse modo, cada vez que o indivíduo expressar-se plasticamente estará mostrando seu momento atual de vida e assim sucessivamente. Para se compreender as transições e transformações da vida psíquica do sujeito será necessário constatar as mudanças positivas que se materializam em seus trabalhos expressivos, através dos símbolos.

Ao mesmo tempo que a arteterapia lida com instrumentos expressivos, ela possibilita o estímulo à criatividade e desbloqueia informações escondidas na **sombra**\*. Estas informações desconhecidas ou reprimidas da psique humana, ao serem trazidas à consciência pela arteterapia, contribuem para a expansão de toda a estrutura psíquica. É somente através da sombra que se pode chegar ao inconsciente,

---

\* “Termo designa o que não sabemos ou negamos a respeito de nós mesmos. A sombra é o arquétipo que representa os aspectos obscuros da personalidade, desconhecidos da consciência, mas podendo se tornar mais acessível a ela ... Ela se opõe à persona e se situa em regime mútuo de compensação. Reconhecer a sombra é um passo inicial no processo de individuação” (RAMALHO, 2002, p.80). “É o centro do inconsciente pessoal, o núcleo do material que foi reprimido da consciência. Inclui aquelas tendências, desejos, memórias e experiências que são rejeitadas pelo indivíduo como incompatíveis com a persona e contrárias aos padrões e idéias sociais” (ALT, 2000, p.24). “Aspecto inconsciente da personalidade caracterizado por traços e atitudes que o ego consciente não reconhece em si mesmo ... A assimilação consciente de nossa sombra geralmente resulta em um aumento de energia” (YOUNG-EISENDRATH & DAWSON, 2002, p.291)

e quando a pessoa tem a possibilidade de conhecer e aceitar suas imagens produzidas, já existe a possibilidade dela encontrar sua realidade individual.

Durante as intervenções de arteterapia, com a utilização dos materiais artísticos, emergirão os símbolos necessários para que cada um entre em contato com aspectos a serem ainda compreendidos e transformados, os quais intensificarão a sua função estruturadora.

A arte, na arteterapia, é entendida como um processo expressivo desprendido de questões de ordem estética, técnica ou acadêmica. Nesse sentido, afirma (SILVEIRA, 1981, p.134):

*“... método de Jung que sugere ao indivíduo a tentativa de dar forma visível às imagens internas que surgem em meio dos tumultos das emoções. Expressar as emoções pela pintura será excelente método para confrontá-las. Não importa que essas pinturas sejam de todo desprovidas de qualidade estéticas. O que importa é proporcionar à imaginação oportunidade para desenvolver livre jogo e que o indivíduo participe ativamente dos acontecimentos imaginados”.*

Young-Eisendrath & Dawson (2002), a esse respeito, colocam que, possivelmente, esta seja a função mais importante que as imagens psíquicas desempenhem, isto é, a de auxiliar o indivíduo a transcender o conhecimento consciente.

O inconsciente pode se manifestar de maneira construtiva, materializando-se em distintas configurações, de acordo com o material trabalhado e, simultaneamente a este processo de mudança, ocorrem a afirmação da subjetividade e a valorização do desenvolvimento criativo, presentes na obra artística. Todavia, além da conscientização e aceitação os conteúdos sombrios trazidos pela pessoa, faz-se necessário a contenção e transformação dos símbolos (refazer, recuperar, recordar, reparar e transcender), que favorecerão, conseqüentemente, o processo de individuação.

Portanto, cabe ao arteterapeuta, junto com o criador dos símbolos, contextualizar seu significado, levando em consideração os aspectos dinâmicos pertinentes à singularidade e à historicidade de cada indivíduo. Assim, para a conscientização dos conteúdos do inconsciente, será necessário fazer associações,

analogias e descobertas contextualizadas por cada pessoa no confronto direto com sua obra, ou durante o processo de criação.

Um aspecto importante para Jung é que as imagens devem ser estudadas em séries, pois muitas vezes é difícil apreender a significação de uma única imagem. Considera necessário o estudo comparado de muitas imagens para compreendê-las e ter clareza do desdobramento dos processos intrapsíquicos.

Outra peculiaridade dessa abordagem terapêutica está nas estratégias de **amplificação** do material simbólico, que significa o alargamento, o aprofundamento ou a expansão das imagens inconscientes dos pacientes, feitas através das associações dirigidas e das histórias dos símbolos (obtidas nos dicionários de símbolos). A amplificação objetiva, assim, tornar mais compreensível e interpretativo ao paciente a significação de sua imagem criada dentro do contexto do universo coletivo e histórico.

O trabalho de compreensão das imagens (tomada de consciência) freqüentemente demanda uma sucessão de produções que, aos poucos, vai emergindo do tema (símbolo) oculto, tomando-se, assim, imprescindível a aplicação da amplificação, que abrangerá um conjunto de procedimentos expressivos e plásticos, que poderá significar o desenhar em outro suporte; trabalhar com outro material que melhor ressalta a imagem, especialmente saindo da linguagem bi (desenho, pintura, colagem) para a tridimensional (modelagem e construção).

Para que ocorra a amplificação, necessita-se, além de associações, analogias e descobertas com o confronto da obra ou durante o processo e criação, da complementação das fontes arquetípicas (mitos, contos de fada, alquimia, tradições religiosas, história de arte, criações literárias, canções, folclore etc), as quais codificam as passagens do percurso de individuação de cada ser.

Para se compreender melhor o processo de individuação, é de suma importância também se avaliar as técnicas de comunicação visual das obras (como cores, variedade de produção, movimentos, profundidade, utilização do espaço, distorção, equilíbrio, regularidade, complexidade, unidade, simetria etc), que articulam entre si muitas características peculiares da trajetória da vida e de estados afetivos do sujeito.

*“Para Jung o símbolo é sempre polissêmico, portador de sentido e transformador da psique. Jung recomenda o andar em torno do símbolo – o circumbulatio – sem reduzi-lo por interpretação. A arteterapia, que se utiliza técnicas expressivas para a amplificação (desenho, modelagem, pintura, dramatização, caixa de areia, entre outras), leva a esse movimento e circunscrever o símbolo sem interpretá-lo, sem reduzi-lo, ao contrário, amplificando-o” (DINIZ, 2002, p.145).*

Na intervenção em arteterapia, a predominância é do não-verbal, isto é, a abordagem e as formas de intervenção destinam-se ao confronto com conteúdos inerentes a processos psíquicos primários e pré-verbais (que não passam pelo crivo da consciência). Utiliza-se a palavra durante o desenrolar dos processos expressivos, mas não de forma abusiva, pois ela poderá dificultar o aprofundar da psique. Após o término das atividades plásticas, a palavra poderá ser mais produtiva com o objetivo de melhor expor as experiências subjetivas, de maneira às vezes mais profunda. De qualquer forma, antes ou depois da palavra, com ou sem ela, o indivíduo já terá *“... vivenciado dentro de si, aquilo que efetivamente a arteterapia tem de mais benéfico e produtivo terapeuticamente, que é: expressar, configurar e materializar conflitos e afetos” (PHILIPPINI, 1998, p.7).*

Após a conclusão da obra, quando a pessoa conseguir se reintegrar à projeção efetuada no suporte, certamente logrará internalizar suas experiências, integrando-as à sua personalidade.

No que concerne ao processo de arteterapia, e segundo Urrutigaray (2003, p.72), é pertinente afirmar que:

*“Portanto, o convite ao trabalho com arteterapia é um convite à individuação porque supõe o risco de poder expressar-se, ir contra as regras vigentes, aos modelos idealizados, a tradição, os costumes, a conformidade. Implica em poder ousar, ver-se, experimentar-se, soltar-se, sair de estados confortáveis, confiáveis, seguros e estagnados, para outros lados escuros, ainda não conhecida de si mesmo. Dando ao usuário a chance de romper com a ilusão de perfeição e de superioridade tão nefasta a criatividade e a integridade psicológica”.*

As artes expressivas promovem o aparecimento e a conscientização da criatividade (BOECHAT, 1994), sendo esta uma das ferramentas essenciais da

arteterapia. “... o processo criativo viabiliza a incorporação e a habilidade da maleabilidade necessária ao indivíduo, para que este possa dar conta da intenção de realizar-se como pessoa penetrando no seu interior” (URRUTIGARAY, 2003, p.146).

Tais proposições são encontradas nas afirmações de Derdyk (1994), quando anuncia que as pessoas são criadoras inatas, independente de sua formação cultural, de sua atividade, de sua origem racial ou geográfica.

*“No fundo, então, cada momento de percepção, e de compreensão, corresponde a um momento de criação. O ser humano é por natureza um ser criador. Não há outro caminho para se viver, aprender e procurar compreender o mundo a não ser criativamente. Já por este razão – e não por qualquer sofisticação artificial – a criatividade deve ser vista como um comportamento natural e normal das pessoas. E mais, ela é um potencial cuja realização se torna uma necessidade interior, condição imprescindível ao amadurecimento e desenvolvimento em termos humanos” (OSTROWER, 1994, p.25).*

Como características do pensamento criativo, estão: a fluência (abundância ou quantidade de idéias diferentes sobre um mesmo assunto); a originalidade (respostas infrequentes ou incomuns); a flexibilidade (capacidade de alterar o pensamento ou conceber diferentes categorias de respostas); a elaboração (organização, configuração de uma idéia para melhor se adaptar); e a avaliação (processo de decisão, julgamento e seleção de uma ou mais idéias dentre um grupo maior de idéias apresentadas anteriormente). No pensamento pós-moderno, a ênfase se dá mais para a flexibilidade e a elaboração do processo criativo (BARBOSA & CIORNAI, 2000).

A esse respeito, Resende (2001) acrescenta que, o indivíduo ao buscar alcançar o processo da individuação, o faz pelo processo de criar, pois ao criar ele se percebe como um ser único na conscientização da materialização dos símbolos.

Este caminho terapêutico, de facilitar a expressão da singularidade criativa de cada um, faz surgir personagens e possibilidades antes desconhecidos, ajuda o indivíduo a transformar imagens, texturas, cores e espaços, isto é, a transformar sua própria vida, tornando-a mais harmônica e mais integrada (PHILIPPINI, 1994b).

### 3.3.3 – Desenvolvimento do processo arteterapêutico

Funções do arteterapeuta (VALLADARES, 2001):

- facilitador do processo, trazendo ao espaço terapêutico múltiplos materiais, para a produção de cada indivíduo. Assegurar ampla gama de materiais expressivos e de uma boa qualidade;
- favorecer a expressão e expansão das atividades criativas de cada cliente, através o convívio terapêutico, inclusive contribuir para amenizar bloqueios no processo criativo de seus clientes;
- facilitar caminhos expressivos singulares para cada cliente, proporcionando novas possibilidades de construção, comunicação e expressão;
- assegurar preparo adequado, confiável e, sobretudo, ético do processo terapêutico, ao indivíduo.

Assim, colocam Pain & Jarreau (2001), o arteterapeuta acompanha o processo do paciente, é testemunha de sua aventura e o ajuda a superar os obstáculos encontrados, dando-lhe oportunidades e sugerindo intervenções específicas. “*O arteterapeuta não pode ser incoerente, se é um facilitador de saúde, cultura e de criatividade então tem que estar eticamente vinculado ao direito de igualdade e da liberdade de expressão*” (BERG, 2002, p.209). Desse modo, o arteterapeuta não transforma a pessoa, é apenas um facilitador do processo.

Philippini (2000) enfatiza que, para a formação do arteterapeuta, é necessário um equilíbrio entre a fundamentação teórica, a prática expressiva ampla e variada, o estágio supervisionado e a própria vivência da pessoa, como sujeito de um processo terapêutico. Dessa forma, a autora enfatiza que o arteterapeuta deverá ter grande intimidade com a arte e suas manifestações; desenvolver sua própria linguagem expressiva; ter convívio terapêutico diário com o processo criativo; ter sua própria experiência como sujeito de um processo terapêutico e deixar claro que há propósito, intenção e ideologias contidos nas imagens. Deverá, também, identificar o símbolo que entra, como entra e por que entra e, sobretudo, aprender a criar mecanismos de livre expressão.

Depreende-se, então, que o arteterapeuta deverá ter domínio da técnica (atividades plásticas): como fazer e compreender as estratégias e necessidades terapêuticas da pessoa; da psicologia (representação e da expressão): possuir elementos teóricos que permitam observar os comportamentos de cada sujeito, do ponto de vista funcional e evolutivo, ter noção das teorias psicológicas que levam em conta o processo de formação das imagens e da construção das representações; e da arte (significação e história): para conhecer seus códigos e valores, através de sua história e variações (PAIN & JARREAU, 2001).

Philippini (2000), que ministra cursos de arteterapia há vinte anos em muitas regiões do país (Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Pernambuco), esclarece que o tipo de graduação prévia (psicologia, artes, arte-educação, pedagogia etc) da pessoa que se tornará um arteterapeuta não se tem mostrado relevante para determinar a qualidade do desempenho e a adequação do perfil profissional desejado para um arteterapeuta. No Brasil, a arteterapia consiste em um curso de pós-graduação em nível de especialização, devendo o arteterapeuta já ter com uma formação (graduação) prévia.

Dentre as várias características importantes na arteterapia, pode-se citar que a arte no seu processo não tem que ter sentido na recriação da beleza ideal, como também não está a serviço da religião ou da exaltação da natureza (PAIN & JARREAU, 2001). As produções são desprovidas de valor artístico, para não estarem submetidas a julgamentos pertinentes dos padrões estéticos formais (URRUTIGARAY, 2003).

*“A arteterapia procura evitar a rigidez teórica ou técnica que pode exercer um efeito inibidor inconsciente ao progresso criativo e à libertação expressiva do paciente. Parte-se do pressuposto que a criatividade expressiva possui uma ordem oculta e que o intelecto (a função pensamento) também participa deste trabalho, de acordo com leis próprias de estética e harmonia, não havendo, por isso, a necessidade da ênfase em controles externos no setting arteterapia” (PHILIPPINI, 1999, p.12).*

Outra característica do processo arteterapêutico, salientado por Ciomai (1994), é que a atividade artística envolve os níveis sensório-motor, emocional,



cognitivo e intuitivo de funcionamento humano, possibilitando, contudo, entrar em contato com aspectos amplos do ser humano.

É importante ressaltar, também, que na arteterapia não se lidam somente com prazeres; sucessivas vezes aparecem lacunas, áreas sombrias, sendo o processo mascarado por decepções, projetos desfeitos, desconforto frente a construções de precário equilíbrio; tristezas após várias tentativas truncadas, da criação, das cores e dos afetos de comunicação, de temores e perdas de elos rompidos (PHILIPPINI, 1994b). Na busca de se atingir os objetivos arteterapêuticos que possibilitem à pessoa se expressar, identificar, configurar e materializar, aparecem, outrossim, os conflitos e as frustrações.

É pertinente acrescentar que a arteterapia, ao valorizar as diversas linguagens e não privilegiar apenas a verbal, rompe com o domínio de uma sociedade eminentemente racional e permite que as pessoas se expressem por outras formas que não seriam possíveis pela linguagem tradicional (OSÓRIO, 1998).

Atualmente, a arteterapia encontra campo em consultórios e ateliês, em instituições, como hospitais, escolas, empresas, presídios etc, e ainda em organizações diversas, atingindo uma ampla população: crianças, adolescentes, adultos e idosos, seja em terapias focais, breves ou de longa duração.

O processo de arteterapia abrange sucessivas etapas, como o contrato de trabalho, entrevista/avaliação, preparação do *setting*, atendimento e alta, descritas a seguir (VALLADARES, 2001):

#### **a) Contrato de trabalho**

O processo arteterapêutico inicia-se com um contrato de trabalho para determinar as condições de funcionamento, como cronograma a ser agendado com a pessoa (período, dia, horário etc); quais as modalidades de atendimento a serem trabalhadas (individual ou grupal) e esclarecimento de dúvidas sobre o processo em si.

#### **b) Entrevista, ficha de anamnese e avaliação do paciente**

Conhecer o nível (estágio) de desenvolvimento e o comportamento (afetivo-cognitivo) do paciente é imprescindível, porque estes estágios determinam

formas de conduta, de comunicação, de socialização e de habilidades. Para esse fim, utilizam-se desenhos-história de Trinca\*, o Continuum das Terapias Expressivas (ETC\*\*), o Teste do Desenho de Silver (SDT\*\*\*), ou outras técnicas de avaliação.

### c) Preparação do *setting* terapêutico

A oferta de materiais expressivos diversos, adequação do *setting* e acolhimento do arteterapeuta, permitem que a energia psíquica traduza-se em concretude através das produções expressivas diversas, e que, a cada transformação dos materiais, analogicamente, aconteçam transformações em nível psíquico. O *setting* arteterapêutico deve contemplar características importantes, como:

- espaço reservado que ofereça segurança e receptividade; deve ser estimulador da experimentação expressiva, do comportamento criativo, de ousadias e inovações nos modos de ser;
- espaço claro e iluminado, de preferência com luz natural;
- espaço que contenha móveis, cadeiras e mesas individuais e coletivas apropriados;
- não permitir que solicitações, atribuições e atribuições externas interfiram no processo criativo;
- espaço que tenha estante ou armário e pastas para guardar os materiais básicos e produzidos pelos pacientes;
- materiais múltiplos, de modo a facilitar, pela sua diversidade, a descoberta do mundo inconsciente e singular para cada pessoa;
- dispor de uma bancada com pia no próprio espaço, para lavar os materiais e as mãos da pessoa;
- ser limpo e certamente organizado.

### d) Atendimento inicial

Para a análise das tarefas, isto é, direcionamento do processo de arteterapia, não existe catálogo. Os arteterapeutas deverão achar as estratégias que

---

\* TRINCA, W. (Org.) **Formas de investigação clínica em psicologia** São Paulo: Vetor, 1997. 292p.

\*\* LUSEBRINK, V. B. **Imagética e expressão visual na terapia** São Paulo: Alquimia Art, 2003. 62p.

\*\*\* ALLESSANDRINI, C. D. et al. O teste do desenho de Silver (SDT): como instrumento de diagnóstico em psicopedagogia. In: NOFFS, N. A. et al. **A psicopedagogia em direção ao espaço transdisciplinar**. São Paulo: Frôntis, 2000. p.145-163

melhor se adaptem a cada indivíduo ou grupo. Nesse momento do processo, o arteterapeuta esclarece os objetivos das sessões, metas de atendimento e modalidades a serem trabalhadas, dando início às sessões, com atividades de aquecimento libertadoras de tensões visando criar um clima permissivo e alegre, com atividades de relaxamento, técnicas de respiração adequadas, meditação, movimentos corporais espontâneos e conscientes, improvisação sonora, imaginação ativa ou de jogos e brincadeiras.

Devem-se respeitar, sempre, o ritmo, as necessidades e os anseios de cada pessoa. Por exemplo, algumas pessoas precisam freqüentemente copiar alguns trabalhos, pois são mais contidas na manifestação criativa; necessitam estar insistindo, repetindo formas. “... *o processo não é estanque, pois cada fruidor possui sua história pessoal e percebe um conteúdo comum de modos diferentes ... cada traço sobre determinado suporte possui uma intencionalidade, expressa pela habilidade do artista*” (LEITE, 2002, p.211).

#### **e) Atendimento durante as sessões**

Durante as sessões, trabalham-se as modalidades de arte, sendo que cada uma tem propriedades terapêuticas inerentes e específicas. Assim, cabe ao arteterapeuta, construir um repertório de informações adequado para cada uma, com o intuito de adaptar essas modalidades e materiais às analogias e quadros clínicos atendidos. As fases a seguir perpassam o processo que se segue com os pacientes no processo arteterapêutico:

- Fase de Reconhecimento ou Diagnóstica - abordagem de estratégias que gerem espontaneidade, relaxamento e favoreçam o processo criativo;
- Fase do Desdobramento - compreensão das possibilidades de desempenho, isto é, início dos procedimentos de amplificação e transposição de linguagens;
- Fase da Alternância entre amplificação e facilitação;
- Fase da Globalização - tentativa de organização dos símbolos.

A obra é compreendida e passa tanto por uma análise da representação formal (estética, organização, composição: linhas, cores, tons, textura, formas) quanto contextual (idéia, sentimento, emoções),

desenvolvendo-se estudos simbólicos, amplificação da obra e avaliação do processo em desenvolvimento.

Na concepção de Pain & Jarreau (2001), a escolha dos materiais e técnicas deve ser direcionada pelas necessidades da pessoa, a cada momento de sua história, isto é, deve priorizar as capacidades plásticas e de concentração do sujeito, sua idade, seu ritmo pessoal, suas necessidades sinestésicas, sua atividade de ideação e suas possibilidades de aprendizagem.

As modalidades propostas podem ser o desenho, a pintura, a colagem/recorte, a modelagem, a construção etc, além de outros recursos, como os contos de fada. Ao trabalhar com as modalidades expressivas, o arteterapeuta gera um processo de organização do real e de sua criação, sendo, ao mesmo tempo, algo estruturante e expressivo, implicando transformação de significados.

Da mesma forma, deve-se instrumentalizar o paciente, oferecendo-lhe material de boa qualidade, como um papel que não rasgue com facilidade, giz de cera grosso que não se quebre facilmente etc. Estando bem instrumentalizado, o paciente consegue se expressar melhor e espontaneamente, pois não fica tão ligado à técnica.

No que concerne aos contos de fada, também aqui englobados os mitos, fábulas, contos de ensinamentos, eles trazem estímulos à criatividade, à imaginação e à fantasia.

*“Bettelheim, diz que o conto de fadas é psicologicamente mais convincente do que a narrativa realista, porque coloca a criança diante de uma situação-problema cuja solução ela encontrará graças à sua capacidade de imaginar. Trata-se de um equilíbrio da personalidade, onde o conto lhe convida a não se deixar abater pelo real e a lutar contra as dificuldades da vida. Ajudam-nas a resolver os seus medos, identificando-se com os heróis que sempre se saem bem e a criança fica então tranqüilizada. Sozinhas elas seriam capazes de inventar histórias com o material imaginativo, as imagens, que os contos lhes proporcionam para ajudar a resolver seus problemas” (SOUZA & MARQUES, 2002, p.2).*

A esse respeito, estes autores ainda esclarecem que é pela coincidência entre o mundo representado no texto e o contexto, do qual participa seu destinatário,

que emerge a relação entre a obra e o leitor. O texto sintetiza uma realidade que tem amplos pontos de contato com os quais o leitor vive cotidianamente.

De igual maneira, Philippini (2000) aponta que os contos de fada contêm mitologias que expressam o percurso da individuação e funcionam como âncoras e sinalizações para o percurso terapêutico, sendo que as estruturas simbólicas neles contidas expressam fenômenos universais, por serem oriundos do inconsciente coletivo.

No final de cada sessão, elaboram-se o fechamento e avaliação da mesma, compartilhando-se sentimentos e trabalhando-se as funções do pensamento, das emoções e da percepção individual do outro e do grupo.

#### **f) Preparação para a alta**

A alta do paciente depende, sobretudo, dos objetivos do seu atendimento. Caso a pessoa tenha focado seu atendimento no autoconhecimento, a duração possivelmente será mais longa. São necessárias algumas sessões para o fechamento final do processo, para que ele não se dê de forma abrupta.

### **3.3.4 – Arteterapia: um caminho em pediatria hospitalar**

Diniz (2002) esclarece que todo sintoma é como um sinal de alerta de um desequilíbrio de funcionamento da pessoa, e quanto maior a elaboração mental da pessoa, maior será a relação ego-self e, conseqüentemente, menores serão a somatização e o aparecimento da doença.

Dessa maneira, a autora reforça que Jung descreveu vários métodos de amplificação nos quais pode-se realizar a transição entre conteúdos inconscientes, sintomas orgânicos ou emocionais, para o plano consciente, como imaginação ativa, pintura, argila, desenho etc, instrumentos também utilizados na arteterapia.

Face ao exposto, tentam-se compreender os sintomas físicos através dos materiais de arte e da linguagem simbólica, favorecendo a expressão das emoções vinculadas às vivências criativas.

É oportuno acrescentar que um dos principais objetivos da arteterapia é tentar minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização e para que isso ocorra, devem-se abranger as seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2002a).

A arteterapia favorece o relaxamento da criança, provocando o distanciamento de rotinas hospitalares. Tais proposições possibilitam à criança enferma fugir do desagradável, da dor, da ansiedade, monotonia e emoção intensa e lhe dão a oportunidade para a descarga de impulsos agressivos, medos, temores.

De igual forma, a criança hospitalizada beneficia-se da aplicação da arteterapia para experimentar novos papéis, desenvolver seu potencial criativo, sua auto-expressão, imaginação, espontaneidade, independência e autonomia, descarregar energias e tensões, exteriorizar seus sentimentos e comunicar o que pensa e sente (VALLADARES, 2000/2001).

A experiência da arteterapia é deixar aflorar, no relacionamento com o outro, possibilidades de criar, imaginar e fantasiar. *“Enquanto cria, a criança comunicá-se consigo mesma; entra em contato com os seus próprios sentimentos para então compreendê-los, vivenciá-los e expressá-los”* (ALVES & MORAIS, 2001, p.28).

Allessandrini (1996) refere que as atividades artísticas possibilitam à pessoa simbolizar suas percepções do mundo, sobretudo quando não consegue expressar-se verbalmente, através da linguagem oral ou escrita.

O arteterapia sugere ou motiva, isto é, cria circunstâncias propícias para que a criança exercite sua criatividade lúdica de forma espontânea, trabalhando com as linguagens: sonora, corporal, plástica e com os estímulos: auditivo, visual, motor, cognitivo, fala, entre outros.

A arteterapia aplicada a crianças hospitalizadas facilita, freqüentemente, o seu desenvolvimento psicomotor (habilidades musculares e motoras, de manipulação de objetos, escrita, aspectos sensoriais e outros), o afetivo-social (sentimentos, emoções, atitudes de aceitação ou de rejeição, aproximação ou afastamento) e o cognitivo (combinação de idéias, propor soluções, delimitar problemas).

Não existe um roteiro de atividades fechado e específico para determinadas faixas etárias, mas devem-se respeitar o nível de desenvolvimento, interesse e necessidades da criança, bem como a faixa etária, os interesses, e os desenvolvimentos afetivo, cognitivo e motor da criança.

Realizaram-se os grupos de atendimento no ambiente hospitalar de forma individual, no leito/enfermaria (crianças em isolamento e repouso) ou em um espaço terapêutico específico; de forma coletiva, com criança apenas (separadas ou não por faixas etárias restritas) ou com grupos mistos (crianças e acompanhantes/profissionais), entre outros. No entanto, deve-se evitar que os extremos coabitem, assim como os muito idênticos.

## 4 - METODOLOGIA

### 4.1 - Tipologia

A estrutura teórica norteadora do presente estudo repousa na contribuição da arteterapia como desencadeadora do processo criativo, estimulando o imaginário para facilitar, assim, a expressão simbólica e a ordenação das experiências internas dos pacientes.

Trabalhou-se com a abordagem quantitativa, que coloca em evidência a objetividade da pesquisa. Essa objetividade pretende assegurar a exatidão e aproximar o conhecimento de algo explicável, isto é, de algo que esteja de acordo com a lei científica ideal (PIRES, 1991). Esse método tenta, sobretudo, auxiliar na compreensão da relação entre variáveis, processo bastante produtivo para a arteterapia, que se estabelece de forma recente no país, apesar da escassa produção científica.

A abordagem quantitativa, nesta pesquisa, tem o enfoque da pesquisa quase-experimental, cuja característica inicial é procurar entender a relação de causa e efeito. Para Santos & Clos (1998, p.12), o enfoque da pesquisa quase-experimental é “... *as relações de causa e efeito e manipulação criteriosa de variáveis a fim de se determinarem influências*”.

O estudo quase-experimental propõe-se a testar hipóteses sobre relações entre variáveis, ademais é útil para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, pois testa os efeitos de ações de enfermagem e conduz ao desenvolvimento de teoria prescrita (GREY, 2001). Este autor (p.108) esclarece que os “... *pesquisadores freqüentemente voltam-se para desenhos quase-experimentais para testar relações de causa e efeito, porque muitas vezes há desenhos experimentais que não são práticos nem éticos*” .

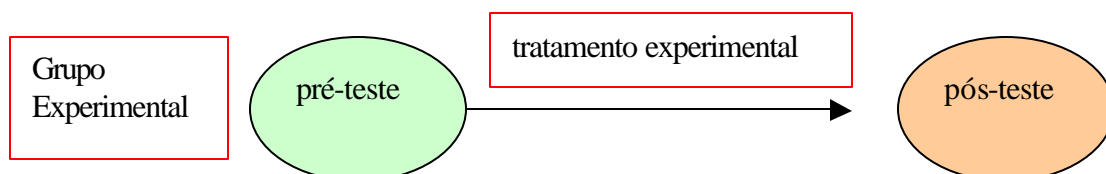


Este tipo de pesquisa envolve três pressupostos básicos, que são: o controle, a randomização e a manipulação de variáveis. O controle equivale a algumas semelhanças, como o mesmo hospital, as mesmas características da amostra e período idêntico para pesquisa e internação das crianças.

Quanto à randomização, ela significa a distribuição aleatória da natureza dos sujeitos do estudo em grupos, não eliminando os sujeitos potenciais participantes do mesmo. Experimentos verdadeiros, ou melhor, experimentais propriamente ditos, “... *são caracterizados pela capacidade de o pesquisador controlar variações extrínsecas, manipular a variável independente e distribuir aleatoriamente sujeitos do estudo em grupos de pesquisa*” (GREY, 2001, p.108).

Este mesmo autor coloca que os desenhos quase-experimentais, diferentemente dos experimentais, são comumente desprovidos de randomização ou de características de grupo de comparação de experimentos verdadeiros, ou de ambos os fatores, pois sua utilidade em estudar relações causais está relacionada com a capacidade do pesquisador de excluir ameaças plausíveis à validade de descobertas, tais como história, seleção, maturação e efeitos do teste.

Este tipo de pesquisa envolve a manipulação de uma variável independente, isto é, a instituição de um tratamento que, no referido estudo, são as intervenções em arteterapia. Dentro da pesquisa quase-experimental existem muitos desenhos, mas o que determina esta pesquisa é o desenho do grupo controle não equivalente, esquematizado na Figura 2.



Fonte: Grey, 2001, p.104

**Figura 2** – Desenho de pesquisa quase-experimental, grupo controle não-equivalente

O desenho quase-experimental, como atividade relacionada à pesquisa, favorece a melhoria da qualidade do trabalho de pesquisa, além de aumentar a capacidade de os enfermeiros produzirem dados com impacto no custo e na qualidade da pesquisa (GREY, 2001).

A pesquisa quase-experimental é mais freqüentemente usada, por ser prática, viável e passível de generalização: *“O grande valor positivo dos quase-experimentais recai em sua praticidade, exequibilidade e, de certo modo, em sua possibilidade de generalização”* (POLIT & HUNGLER, 1995, p.117). São *“... mais adaptáveis ao cenário de prática do mundo real do que os desenhos experimentais controlados. Além disso, para algumas hipóteses, talvez esses desenhos sejam a única forma de avaliar o efeito da variável independente de interesse”* (GREY, 2001, p.105).

De forma geral, é impraticável a realização de pesquisas experimentais verdadeiras, pois os projetos quase-experimentais permitem introduzir certos controles de pesquisa, quando há carência de rigor experimental. A randomização ou aleatoriedade das escolhas é algo extremamente difícil de ser desenvolvido nas pesquisas em ciências humanas, isto é, naquelas que envolvem seres humanos, porém as pesquisas quase-experimentais permitem as aquiescências das pessoas e dos responsáveis pela criança. O fato de se selecionar amostras e de se fazer um sorteio aleatório, freqüentemente pode prejudicar essas pesquisas. Todavia, existem outras ameaças à sua validação, como a ocorrência de mortes, desistência, receber alta antes do tempo previsto para internação. As

pesquisas quase-experimentais permitem, também, que a pesquisadora vá ao encontro de um novo caso, diante de intercorrências.

A pesquisa quase-experimental direciona-se para uma saída intermediária, por não conseguir, rigorosamente, atingir os três pressupostos básicos (controle, randomização e manipulação de variáveis) ao mesmo tempo; também prediz uma análise bem objetiva, por ser um tipo de experimentação, como uma pesquisa experimental propriamente dita.

#### **4.2 - Local**

Elegeu-se como espaço para desenvolver este estudo, a ala C-Pediátrica e o ambulatório do Hospital Anuar Auad/de Doenças Tropicais/da Secretaria Estadual de Saúde (HAA/HDT/SES), de Goiânia - Goiás.

O hospital em questão é uma instituição pública e de ensino, especializada em doenças infecto-contagiosas e parasitárias, sendo referência no estado de Goiás. Também atende a estados como Pará, Mato Grosso, Acre, entre outros, prestando assistência à população de baixo poder econômico. Além da função assistencial, serve de campo de estágio para graduandos de medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, fisioterapia e farmácia; para residentes de medicina, estagiários de cursos de auxiliar e técnico de enfermagem; e de campo de pesquisa para pós-graduandos de várias áreas da saúde. É composto por uma ala C, destinada à pediatria; duas alas para adultos; um ambulatório; um pronto-socorro; duas Unidades de Terapia Intensiva: pediátrica e adulto e de um centro cirúrgico.

A ala C-Pediátrica possui uma enfermaria com capacidade para até sete leitos e outras cinco enfermarias com dois leitos cada, destinadas a pacientes em isolamento; um posto de enfermagem e duas enfermarias para pacientes adultos. Em geral, na falta de leitos na ala-C Pediátrica, internam-se as crianças nos consultórios do ambulatório, até que surja vaga na ala C.

As enfermarias são compostas por uma cama ou berço, um armário e uma cadeira reclinável para o acompanhante, além de uma TV, tendo banheiro e pia para uso coletivo. Todas as dependências pediátricas da ala C têm paredes com fundo azul claro,

decoradas com pinturas em motivos infantis. Ao fundo da ala C-Pediátrica existe um parque infantil com diversos brinquedos fixos (gangorra, escorregador etc), bancos, árvores e muros grafitados com histórias infantis.

O setor de psicologia situa-se no início do corredor da ala C, conta com três salas: uma para atendimento individualizado, outra para atendimento coletivo e um escritório para uso da categoria. Na sala de atendimento individualizado, há cadeiras e mesas infantis, duas poltronas para adulto e uma pia. Na sala para atendimento coletivo há mesas e cadeiras infantis, armários e estantes com brinquedos (jogos, quebra-cabeças, bonecos, carrinhos, tintas, livros, lápis de cor, canetinhas coloridas, papel, TV e vídeo, filmes infantis, aparelho de som e CDs infantis etc). O material para brincar fica exposto e é de fácil acesso. Possui armários e pisos decorados com cores claras (branco, amarelo e azul).

Durante a internação tem-se como rotina a permanência de um acompanhante da criança.

### **4.3 - Amostra**

A amostra constituiu-se de crianças selecionadas com base em caracterização da população internada na ala C-Pediátrica ou no ambulatório do HAA/HDT/SES, de Goiânia - Goiás, no período de janeiro a maio de 2003.

#### **4.3.1 - Critérios de inclusão**

Constituíram-se dois grupos de crianças hospitalizadas, descritos abaixo, cujas crianças deveriam apresentar algum tipo de doença infecto-contagiosas ou parasitárias (meningite bacteriana ou viral aguda, tuberculose, calazar, febre de origem obscura, mal de Hansen reacional, pênfigo foliáceo, acidente ofídico, endocardite bacteriana aguda, malária), na fase aguda ou crônica, com tempo de internação entre cinco e 30 dias:

- constituiu-se um grupo experimental (A) com dez crianças de ambos os sexos, com faixa etária entre sete anos e sete meses a dez anos e onze meses de idade. Além de estarem aquiescentes à pesquisa, tanto os responsáveis como as crianças receberam esclarecimentos sobre a mesma, tendo os responsáveis assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);

- formou-se um outro grupo, denominado grupo controle (B), com outras dez crianças também internadas na Instituição, seguindo-se padrão homogêneo e semelhante ao grupo A, em relação às suas características (idade, sexo, patologias e tempo de internação), porém este não recebeu intervenções arteterapêuticas.

#### **4.3.2 - Critérios de exclusão**

- crianças com distúrbio de comportamento severo;
- crianças com algum tipo de deficiência (mental, física, auditiva, visual, autista, superdotado, hiperativo);
- crianças que tiveram interferência de outras técnicas dirigidas, como psicoterapia, terapia ocupacional ou classe hospitalar. Cabe ressaltar que as crianças de ambos os grupos (controle e experimental) não foram privadas de ter acesso à sala lúdica de psicologia ou ao parquinho do hospital, ou ainda de ter acesso a atividades lúdicas assistemáticas.

#### **4.4 – Variáveis**

##### **4.4.1 – Variáveis de controle**

- Número de crianças: dez para o grupo (A) experimental e dez também para o grupo (B) controle
- Sexo: ambos os sexos
- Idade: entre sete a dez anos

- Doenças: infecto-contagiosas e parasitárias
- Tempo de Internação: maior do que cinco dias e de até um mês
- Utilizaram-se materiais seguros, respeitando-se o nível de desenvolvimento de cada criança.

#### **4.4.2 - Variáveis dependentes**

- Níveis de comportamento
- Desenvolvimento plástico
- Produção imagética

#### **4.4.3 - Variável independente**

- Intervenção arteterapêutica para o grupo (A) experimental.

### **4.5 – Procedimentos**

#### **4.5.1 – Aspectos éticos**

O presente projeto de pesquisa foi aprovado em Reunião do Conselho Diretor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, sendo, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do HAA/HDT/SES, juntamente com folha de rosto deste projeto preenchida e assinada, e de Currículo Vitae resumido tanto da pesquisadora como da orientadora.

Além disso, a pesquisadora encaminhou, separadamente, cronograma e orçamento da pesquisa, e assinou um Termo de Esclarecimento comprometendo-se a arcar com todas as despesas provenientes da mesma.

Todas as crianças, objeto de estudo desta pesquisa - incluindo o grupo (A) experimental e o grupo (B) controle, e seus responsáveis receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, tendo os responsáveis assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que se apresentou em uma linguagem acessível, contendo todos estes esclarecimentos: quem iria receber esse documento; descrição de riscos e da confiabilidade; previsão de ressarcimento de gastos, desconfortos e riscos; justificativa, objetivos e procedimentos; benefícios esperados; forma de assistência responsável; esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre sua metodologia; possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental; liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalizações; garantia de sigilo e privacidade.

Conseqüentemente, a pesquisa só teve início após o consentimento do Comitê de Ética do hospital em questão (ANEXO A). Assim, a pesquisadora consultou as crianças e seus responsáveis quanto ao desejo de participarem da mesma, sendo os responsáveis solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme as normas de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

#### **4.5.2 – Seleção**

A distribuição das crianças nos grupos ocorreu por escolhas causais simples em relação ao seu aparecimento na Instituição, sendo uma para o grupo (A) experimental e outra para o grupo (B) controle, de maneira alternada, levando-se em consideração as variáveis de controle entre os que aquiesceram participar da pesquisa.

As crianças dos grupos (A) experimental e (B) controle foram acompanhadas somente durante o tempo de internação no hospital (HAA/HDT/SES). No entanto, descartaram-se da amostra as que receberam alta antes do término preestabelecido de cinco dias.

As crianças dos dois grupos (A) experimental e (B) controle puderam ser atendidas no leito ou na sala de psicologia, estando ou não em isolamento (precauções por aerossóis, precauções respiratórias ou quarto privativo). As que estavam em isolamento e foram atendidas na sala de psicologia tiveram que utilizar máscaras; o mesmo ocorreu com

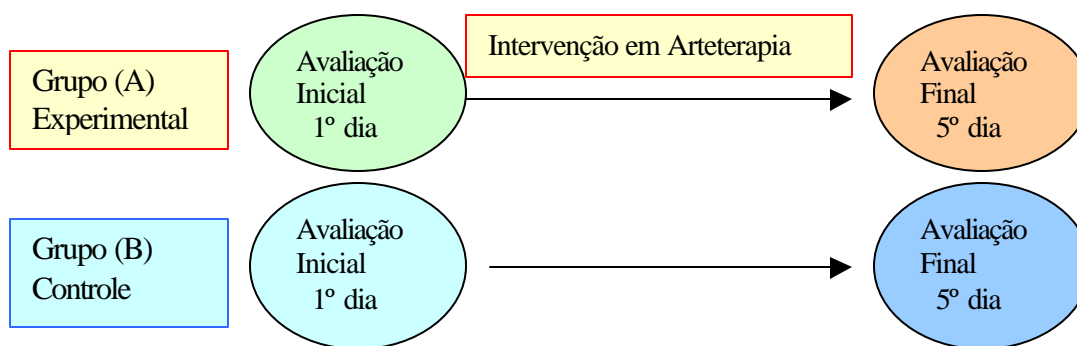
a arteterapeuta e com a auxiliar de pesquisa (profissionais/estudantes de artes, psicologia ou arteterapia) que também fizeram uso de máscaras quando entravam nas unidades de isolamento.

Os materiais resistentes (tesoura, canetinhas, pincéis etc) que entravam nas unidades de isolamento, a fim de serem manipulados pelas crianças, tiveram que sofrer desinfecção, ou que ser descartados (papéis, caixas de papelão etc), após o uso. A máquina fotográfica e o gravador foram envolvidos em sacos plásticos durante o atendimento no isolamento (quarto).

- Realizou-se no grupo experimental (A) uma avaliação inicial (pré-intervenção de arteterapia) no primeiro dia de acompanhamento e uma avaliação final (pós-intervenção de arteterapia) no quinto dia. Este grupo recebeu intervenções de arteterapia duas vezes ao dia (turnos matutino e vespertino/noturno), de forma individual, na sala de psicologia ou no leito da criança. O tempo previsto para as atividades de arteterapia variou de 45 minutos a três horas e trinta minutos e ocorreu de acordo com as possibilidades e necessidades da criança, devido a intervenções hospitalares, como troca de soro, administração de fármacos, alimentação etc;

- O grupo controle (B) não recebeu intervenção arteterapêutica. Submeteu-se a avaliação inicial no primeiro dia e a uma final, no quinto dia. O tempo previsto para as atividades citadas variou de uma hora a três horas de duração, levando-se em consideração também as intervenções hospitalares.

O desenho da seleção da amostra desse estudo será apresentado na Figura 3.



**Figura 3** – Desenho da seleção da amostra para intervenção nos grupos  
**QUADRO 1** – Distribuição da amostra conforme o grupo (experimental ou controle), segundo sexo, escolaridade, diagnóstico clínico, isolamento, local de atendimento, residência e idade. Goiânia - 2003



Grupo	Sexo		Escolaridade (série)				Diagnóstico Clínico		Isolamento		Local de Atendimento		Residência			Idade (anos)				Média de Idade (anos)		
	M	F	1	2	3	4	5	6	Meningite	Outra	S	N	L	S P	G	I G	O E	7	8		9	10
Experimental	5	5	2	-	2	4	1	1	5	5	3	7	3	7	2	6	2	1	2	2	5	9,7
Controle	5	5	1	2	1	3	2	1	4	6	5	5	2	8	3	6	1	1	1	3	5	9,9

**Legenda:**

M – masculino

F – feminino

S – sim

N – não

L – leito

SP – sala de psicologia

G – Goiânia

IG – interior de Goiás

OE – outro Estado

**4.5.3 – Técnicas**

Inicialmente efetivou-se o preenchimento dos cadastros de identificação das crianças, bem como esclareceu-se sobre o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Nesse mesmo momento, efetivou-se um contrato de trabalho com a criança, determinando as condições de funcionamento do processo; o cronograma de atendimento (períodos, dias, horários etc); o tipo de atendimento (individual na sala de psicologia ou no leito) e como ocorreria o processo arteterapêutico (utilização e transformação de materiais).

Em seguida, a pesquisadora realizou uma avaliação inicial com os instrumentos de análise do comportamento, comunicação não-verbal e do desenvolvimento (global e artístico) das crianças, empregando técnicas de representações bidimensionais (desenho, pintura, colagem, recorte a dedo e com tesoura) e tridimensionais (modelagem e construção). Para tanto, contou com auxílio constante de um observador ou auxiliar de pesquisa, que era um profissional ou estudante das áreas de arte, psicologia e arteterapia, que esteve presente também na avaliação final da mesma criança. O observador auxiliou a arteterapeuta nas análises dos instrumentos utilizados nas avaliações inicial e final.

Procurou-se abarcar, com as diversificadas técnicas, as várias possibilidades de construção do pensamento e do desenvolvimento motor fino. Ademais, a variedade de atividades utilizadas na metodologia continha um perfil importante de observações da criança, abrangendo maior possibilidade/limitação e facilidade/dificuldade impostas pelas diferentes técnicas, que permitiam conhecer as particularidades, facilidades e preferências das crianças.

Essas técnicas tiveram uma temática padronizada, de modo que foi proposto para as avaliações (iniciais e finais) o seguinte roteiro:

- um desenho com a representação do hospital (HAA/HDT/SES) em uma contextualização livre;
- uma pintura com a representação da(s) figura(s) humana(s) em uma contextualização livre;
- uma colagem livre em papel branco A4, a partir de três triângulos amarelos (já previamente cortados) ou formas geométricas (nos três primeiros sujeitos);
- um recorte a dedo e um com tesoura, a partir de linhas simples e complexas, em papel previamente marcado com caneta, ou de figuras de revistas;
- uma modelagem livre, com massinha de modelagem colorida e/ou argila;
- uma construção livre, a partir de pequenas caixas e de embalagens de medicamentos diversas.

Estimulou-se a criança a dar um título para cada obra produzida e a falar sobre o mesmo, caso quisesse. Os temas sugeridos tiveram o propósito de padronizar as avaliações de todas as crianças participantes desta pesquisa, além de ajudar na orientação do seu pensamento, sem tirar delas a sua verdadeira motivação. Entretanto, foi de suma importância que as avaliações se desenvolvessem numa atmosfera excitante, flexível a outras sugestões, como o uso de diferentes materiais ou a mudança da temática pela própria criança. Buscou-se enfatizar o princípio de que qualquer material artístico ou temática facilitaria a auto-expressão da criança. “*A rigidez é a morte de todo método criador*” (LOWENFELD & BRITAIN, 1970, p.215).

Somente as crianças do grupo (A) experimental passaram pelas intervenções em arteterapia. As informações, observações e conteúdo das avaliações iniciais ajudaram na condução das intervenções arteterapêuticas aplicadas aos elementos desse grupo. Diferindo-

se das avaliações (iniciais e finais) que foram padronizadas, as intervenções em arteterapia seguiram seu percurso com maior liberdade e ocorreram de forma singular para cada sujeito.

Dos casos experimentais (grupo A) atendidos, um não quis realizar as modalidades de colagem, recorte, modelagem e construção na avaliação final, justificando estar sentindo dores (lombar e estomacal). Dos casos controle (grupo B), um não quis desenhar, tanto na avaliação inicial, como na final, alegando que não sabia criar através de desenho; um outro não quis seguir a temática proposta pelo desenho e o desenvolveu com temática livre.

As intervenções em arteterapia consistiram de acompanhamento individual durante três dias e meio consecutivos, no *setting* arteterapêutico (sala de Psicologia) ou no leito dos enfermos para as crianças do grupo (A) experimental. Essas intervenções em arteterapia favoreceram a conduta focal e imediata, tendo sido conduzidas somente pela arteterapeuta sem a companhia do observador ou auxiliar de pesquisa.

As crianças receberam atendimento arteterapêutico intensivo durante duas sessões diárias (período matutino e vespertino/noturno) consecutivas, num total de sete sessões, com tempo variável (de acordo com as possibilidades e necessidades do paciente, levando-se em consideração as intervenções hospitalares) mínimo de uma hora e máximo de três horas e trinta minutos. Elas não foram forçadas a nenhuma atividade ou temática, trabalharam livremente durante as intervenções, seguindo os focos que consideravam mais relevantes, reforçando, assim, o vínculo. O processo em si foi conduzido pela arteterapeuta com anuência da criança e, no caso de algum impedimento, as partes envolvidas no processo resolveram a relação. Garantiram-se a privacidade e a segurança do relacionamento arteterapeuta-criança, durante o atendimento, o qual norteou-se nos princípios institucionais. Assim, os períodos de intervenções arteterapêuticas eram previamente agendados com a equipe de saúde para evitar interrupções ou interferências na rotina hospitalar, porém, pela sua inserção numa realidade institucional estavam sujeitas a algum tipo de interrupção ou solicitação externa, por variáveis decorrentes, muitas vezes, do próprio processo, especialmente em casos de sessões longas, havendo necessidade da troca de soro, aplicação de injeções, prescrição medicamentosa, realização de exames, entrega de refeições, ida ao banheiro, visita médica ou de outro profissional de saúde, limpeza e assepsia hospitalar, entre outras.

A sala destinada às intervenções arteterapêuticas (sala de psicologia), bem como às avaliações iniciais ou finais, era estimulante, tranqüila, agradável e de fácil higienização. O ambiente era bem iluminado e seguro, possuía cadeiras e mesas apropriadas à idade e pia para lavar os materiais e as mãos. O espaço era bastante propício para que a criança se sentisse à vontade para expor suas idéias e se expressar artisticamente, além de guardar com segurança os trabalhos. Em algumas intervenções arteterapêuticas, ou mesmo durante as avaliações iniciais e finais, utilizou-se uma outra sala de psicologia, pois a sala individual não se encontrava em condições de uso naquele momento.

O *setting* de arteterapia deve funcionar “... *como local de criação, de resgatar e expandir potencialidades adormecidas, de desvelar sentimentos, de compreender conteúdos inconscientes*” (PHILIPPINI, 1999, p.12). Nesse sentido, crianças de ambos os grupos (A) experimental e (B) controle elogiaram o local. Porém, atenderam-se em seus leitos as crianças que não puderam ou não quiseram deixá-los, o mesmo ocorrendo com as crianças alocadas em quartos de isolamento, respeitando-se as normas de segurança padronizadas (já citadas anteriormente).

A proposta foi favorecer um ambiente acolhedor, um clima favorável de descontração e liberdade, onde as atividades se desenvolvessem de forma harmoniosa, com solução das dúvidas e problemas surgidos no decorrer das mesmas, procurando, então, estimular sua participação e assegurar os propósitos das atividades. Assim, procurou-se resguardar as intervenções de arteterapia para que todo material catalisado naqueles instantes fossem apreendidos e elaborados de maneira plena e absoluta.

As intervenções em arteterapia constaram de técnicas lúdicas e de atividades artísticas, e a condução das dinâmicas espontâneas, com o propósito de o paciente entrar em sintonia consigo mesmo e de exteriorizar, assim, sua subjetividade. “*A expressão livre e espontânea é a exteriorização sem constrangimento das atividades mentais do pensamento, sentimento, sensação e intuição*” (READ, 1956, p.139).

Respeitaram-se os mecanismos de livre expressão, assegurando a autonomia criativa e a própria personalidade de cada criança, tendo algumas desenvolvido grande produção artística e outras menos. Muitas se expressaram mais pela linguagem verbal, sonora e escrita, outras menos. Houve, também, uma grande diversidade de dinâmicas nas intervenções em arteterapia.

As técnicas empregadas procuraram oferecer atividades livres/espontâneas e também dirigidas. A utilização de técnicas programadas e dirigidas visou proporcionar à criança a possibilidade de arriscar e de experimentar linguagens ou práticas novas para ela, usando até mesmo materiais desconhecidos ou de difícil manipulação.

Quanto às técnicas espontâneas/livres, estas ofereceram total liberdade à criança para executar as atividades e manipular os materiais como quisesse:

*“A brincadeira verdadeiramente espontânea, que traz consigo a energia criativa, a possibilidade do novo e do original, é aquela que surgiu da própria criança, que escolheu brincar disso e não daquilo, que organizou os brinquedos, os objetos, os materiais, o espaço como quis e que elaborou regras e papéis ... e isso implica uma atitude por parte do adulto, com um modo de ser mais tranqüilo, relaxado, liberal, que não atropela a criança. Para que ela se sinta à vontade para lidar com o mundo à sua maneira, aprendendo o que ela quer aprender”* (MACHADO, 1994, p.37).

Freqüentemente, iniciavam-se as sessões com atividades de aquecimento libertadoras de tensões com o intuito de criar um clima permissivo e alegre, através de atividades de relaxamento, técnicas de respiração adequadas, meditação, movimentos corporais espontâneos e conscientes, improvisação sonora ou imaginação ativa. *“E sobretudo respirar com atenção para diluir, dissolver, desbloquear e destravar retirando a cada expiração de dentro de si tudo o que já não serve, atribuições, tensões, preocupações, ... Inspirar e expirar tão simples e tão vital. Focar a atenção nos movimentos da vida, nas suas relações de troca”* (PHILIPPINI, 2002, p.12). Além dos citados anteriormente, utilizaram-se amplamente jogos e brincadeiras, caminho bastante requisitado para esta faixa etária.

Nas técnicas dirigidas utilizaram-se: desenhos, pintura, modelagem, entre outras, com a representação do hospital, doença, casa, equipe de saúde. Trabalhou-se a partir de frases como: *“Se você fosse mágico, (faria, estaria, teria) ...”*; *“Desenhe onde gostaria de estar: um lugar ideal ...”*; *“Desenhe um lugar que o deixa contente ...”*; *“Desenhe você como se fosse algo da natureza (animal, vegetal ou mineral), um objeto ou uma cor/traço/ movimento”*; também a partir do desenho de polaridades: fraco/forte, saúde/doença, gosto/não gosto, medo/coragem, vida/morte, hospital real/hospital imaginário, doença/cura; imaginação ativa entre outras.

Também ouvir, criar e dramatizar histórias que representassem a doença, a hospitalização e o tratamento, como: “A operação de Lili” de Rubens Alves\*, “Como dói o meu dodói” da Imago\*\*, “Dona dor veio me visitar” da Eliane Araújo\*\*\* foram procedimentos presentes nesse contexto.

Com todas as crianças do grupo (A) experimental, utilizaram-se a manipulação e a transformação da sucata hospitalar (como escalpe, equipo, frascos de soro, seringas, conta-gotas, máscaras, caixas e embalagens de medicamentos, algodão, gaze, estetoscópio, espátulas, agulhas, esparadrapo, entre outras).

A representação teatral com brinquedos semelhantes a instrumentos hospitalares (tesoura cirúrgica, termômetro, esfignomanômetro, torpedo de oxigênio, otoscópio, mala de médico etc), também fez parte de algumas dinâmicas complementares ao processo de arteterapia. Na dramatização com sucata hospitalar, as crianças se transformaram em profissionais da saúde, comandando ações e intervenções em saúde, aplicando injeções, prescrevendo fármacos, indicando exames, dando diagnósticos etc. As crianças criaram, com esse material, histórias perceptíveis a cenas reais, jogo que possibilitou a expressão e a reelaboração desta nova realidade, onde as emoções, os medos, o desconhecido, a dor, a limitação física e a ausência de entes queridos eram trazidos à tona. Então, por meio da ludicidade, elas puderam elaborar a situação que estavam vivenciando de forma que, com a manipulação e transformação da sucata hospitalar, se familiarizassem com esses objetos, facilitando a realização de alguns procedimentos técnicos.

Segundo FONGARO & SEBASTIAN (1996, p.8), à medida que se possibilita ao enfermo

*“... a verbalização, manifestação, reflexão e confronto com diversas questões que lhe são pertinentes ao processo de vida, doença, internação e tratamento, podendo favorecer, assim, melhor elaboração e conseqüentemente adaptação à condição de Ser ou Estar doente”.*

Fez parte do processo, o contato da criança com a natureza, com plantio de feijão dentro da casca do ovo colorido (regado por uma seringa com água, diariamente) que

---

\* Alves, R. **A operação de Lili**. 4.ed. São Paulo: Paulinas, 1987

\*\* Impala. **Como dói o meu dodói**. São Paulo: Impala, 1997

\*\*\* Araújo, E. A. **Dona dor veio me visitar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994

depois é plantado no jardim do hospital; alimentar os peixinhos na fonte do hospital e regar flores no jardim.

*“Sempre que possível é preciso que os hospitalizados convivam com a natureza, de alguma forma. É preciso que possam sair em cadeiras de rodas, ou em maca, e voltar com buquês. Pode-se também plantar cebolas, semear grãos e esperar ansiosamente o resultado”* (LINDQUIST, 1993a, p.47).

Philippini (2002, p.11) ainda acrescenta “... *olhar uma semente, tocá-la, aproximar-se de todas as suas possibilidades em germe, trabalhar suas possibilidades através da imaginação ativa também pode contribuir para vitalizar e ativar núcleos de saúde*”.

Trabalhou-se a pintura com moldes vazados de acetado (radiografias) e também brincadeiras livres, como dança, canto, de fazer caretas ou de dar gritos e risadas foram largamente utilizadas nas intervenções em arteterapia.

O mais importante, além de favorecer a criação de imagens, foi que as técnicas possibilitaram ao paciente expor sua subjetividade a partir do processo criativo e das experimentações múltiplas com os materiais expressivos. Mas isso só foi possível quando a criança se integrou ao processo, especialmente através do vínculo adquirido com a arteterapeuta, num ambiente seguro e propício.

Utilizaram-se técnicas de arteterapia apoiadas nos seguintes autores: Oaklander (1980); Reily (1986); Angerami-Camon (1988); Kohl & Gainer (1995); Riley (1998); Allessandrini (1999b); Brown (2000); Liebmann (2000); Philippini (2000); Rhyne (2000); Pain & Jarreau (2001); Christo & Silva (2002); Kohl (2002); Angerami-Camon (2002b).

Quanto às atividades de fortalecimento da auto-estima e autoconceito, estas deram oportunidade à criança para retomar seu equilíbrio psíquico, a fim de que pudesse explorar e descobrir alternativas na real situação da doença. Incentivou-se, também, o compartilhar de sentimentos e promoveu-se a autodescoberta, ajudando a criança a reconhecer, a aceitar e a expressar seus sentimentos.

Os materiais manuseados pelas crianças sofreram desinfecção ou foram descartados após o uso. Não se utilizaram materiais de pano e pêlos, por conterem alérgenos. As crianças que estiveram em isolamento por precauções respiratórias, por

aerossóis ou em quarto privativo usaram máscaras apropriadas, quando deixaram seus quartos.

Dos dez casos atendidos e pertencentes ao grupo (A) experimental, somente um não participou da primeira sessão, alegando estar cansado. Os outros nove, passaram regularmente pelas sete intervenções em arteterapia.

Posteriormente, realizou-se a avaliação final, semelhante à avaliação inicial, com o propósito de comparar os dois grupos (A) e (B) nos dois momentos, em relação ao comportamento, comunicação não-verbal e desenvolvimentos global e artístico das crianças. A avaliação final teve também o auxílio constante do mesmo auxiliar da pesquisa (profissional ou estudante das áreas de artes, psicologia e arteterapia) que realizou a avaliação inicial da criança.

Para melhor visualização dos procedimentos empregados neste estudo, seguem-se, de forma esquemática nos Quadros 1 e 2, abaixo, os procedimentos empregados, por período e dias.

**QUADRO 2** – Esquema (1) dos procedimentos empregados com as crianças hospitalizadas. Goiânia - 2003

<b>DIAS/ PERÍODO</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>4º</b>	<b>5º</b>
<b>Matutino</b>	Esclarecimento sobre a pesquisa/Preenchimento do Cadastro de Identificação/Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	1ª sessão de arteterapia	3ª sessão de arteterapia	5ª sessão de arteterapia	7ª sessão de arteterapia
<b>Vespertino/ Noturno</b>	Avaliação Inicial de (Pré-sessões)	2ª sessão de arteterapia	4ª sessão de arteterapia	6ª sessão de arteterapia	Avaliação Final (Pós-)



	arteterapia)				sessões de arteterapia)
--	--------------	--	--	--	-------------------------

Ou ainda:

**QUADRO 3** - Esquema (2) dos procedimentos empregados com as crianças hospitalizadas. Goiânia - 2003

DIAS/ PERÍODO		1º	2º	3º	4º	5º
<b>Matutino</b>		Avaliação Inicial (Pré-sessões de arteterapia)	2ª sessão de arteterapia	4ª sessão de arteterapia	6ª sessão de arteterapia	Avaliação Final (Pós-sessões de arteterapia)
<b>Vespertino/ Noturno</b>	Esclarecimento sobre a pesquisa/Preenchimento do Cadastro de Identificação/Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	1ª sessão de arteterapia	3ª sessão de arteterapia	5ª sessão de arteterapia	7ª sessão de arteterapia	

#### 4.5.4 – Materiais

Assegurar ampla gama de materiais expressivos é importante para o desenvolvimento das atividades artísticas. Nesta pesquisa, no entanto, a quantidade de materiais de arte utilizada foi suficiente para o número de pacientes em estudo, sendo os mesmos bastante variados e contemplaram aspectos, como: condições da criança (fase da doença e estado geral); idade cronológica; nível do estágio psicomotor; preferências individuais, segurança e limpeza dos materiais. Deixou-se que a criança explorasse diferentes possibilidades com os materiais oferecidos, pois “... *cada material artístico tem*

*suas próprias características, que requerem espécies de expressão” (LOWENFELD & BRITAIN, 1970, p. 222).*

Para as avaliações iniciais e finais sugeriram-se os seguintes materiais\*:

- desenho: giz de cera, pincel atômico, lápis de cor, lápis preto e borracha, canetas hidrográficas, papel sulfite branco e espesso (tamanhos A2 e A3) ou cartolina branca;
- pintura: guache colorido, cartolina branca ou papel sulfite (tamanhos A2 ou A3), copo com água, prato de isopor, trapos e pincéis de tamanhos diversos;
- colagem: três triângulos de cartolina amarela, papel chamex branco, cola branca;
- recorte a dedo: papel chamex branco delineado por linhas retas, curvas e mistas ou figuras de revistas;
- recorte com tesoura: papel chamex branco delineado por linhas retas, curvas e mistas, tesoura com ponta redonda;
- modelagem: argila, massa de modelagem colorida, estecas, jornal e chamex branco;
- construção: caixas e embalagens de medicamentos e seus acessórios, fita crepe e cola branca.

Nas intervenções em arteterapia utilizaram-se técnicas de desenho, pintura, recorte a dedo e com tesoura, colagem, modelagem, construção, dramatização e criação de histórias, gravura, origami, escrita criativa, jogos e brinquedos. Dentro destas técnicas, os materiais eram específicos e pertinentes a cada criança. A seleção dos materiais de arte, bem como sua aplicabilidade, sugestão de temas ou livre expressão, direcionaram-se às necessidades individuais da cada criança, procurando atender o que era mais importante para cada uma, naquele momento, de acordo com o seu nível de desenvolvimento.

Evitou-se instituir regras ou materiais específicos, pois esse processo expressa a singularidade e identidade criadora de cada usuário, bem como procurou-se basear o material selecionado no tipo de expressão desejada. Foi importante assegurar que os diversificados materiais artísticos possibilitassem o aprofundamento da expressão e subjetividade da criança, como também a realização de experiências significativas.

---

\* Foram ofertados outros materiais quando a criança solicitava

Através de materiais expressivos e “... *inúmeras outras possibilidades criativas, surgirão os símbolos necessários para que cada indivíduo entre em contato com aspectos a serem compreendidos e transformados*” (PHILIPPINI, 2000, p.19).

Para as sessões de arteterapia com as crianças hospitalizadas utilizaram-se (no total) os seguintes materiais:

- desenho: giz de cera, pincel atômico, carvão, nanquim, lápis de cor, grafite, lápis preto e borracha, giz colorido e leite, pastel seco e oleoso, canetas hidrográficas, solvente, água sanitária e cotonetes, velas coloridas, fósforo e papéis diversos brancos e coloridos (de seda, sulfite, cartão, carmen, chamex, camurça, canson, cartolina, crepom);

- pintura: cola colorida, aquarela, guache, tinta a óleo, tinta xadrez, caneta mágica (Grow), anilina, suportes diversos (tipo: papéis, papelão, tecidos e madeira), penas, rolinho de espuma, formas vazadas, canudos, escova de dente, barbante, frutas/verduras (carimbo), copos, prato de isopor, trapos, esponjas e rolos de pintura e pincéis de tamanhos diversos;

- colagem e recorte: revistas, gravuras pré-selecionadas, jornais, papéis coloridos de texturas diversas (seda, glacê, celofane, camurça, Kraft, cartolinas etc), lãs, barbante, caixas de papelão, sucata, papéis diversos, materiais orgânicos (folhas e flores secas, casca de árvore, sementes, areia, pedras, terra), lantejoula, miçangas, paetês, rendas, xerox de fotos, purpurina, tesoura de ponta redonda, cola (branca colorida e/ou com purpurina), fita adesiva;

- modelagem: argila, papel machê, atadura gessada, massa de modelagem, estecas e materiais de suporte (pratos, jornal, rolo de massa, ripas de madeira, tecido de algodão);

- construção: sucata diversa (rolo de papel higiênico, tampa de creme dental/desodorante/tinta etc), isopor (bolas e pedaços), tecidos, sementes, papelão, papéis (brancos e coloridos), caixas (de papelão e de medicamentos), arames, colas (branca e quente), palitos de churrasco, jornal, botões, lãs, papéis (brancos, coloridos, laminado, de seda), balões, grampeador, fita adesiva, barbante, linha e agulha, bambu, doces (chocolate, bolacha, pirulito, jujuba, doce de leite etc), casca de ovo, algodão, feijão, seringa, caixa de ovo, vaselina, atadura gessada;

- gravura (técnicas de monotipia e cola-gravura): cola, sucata, tinta, papéis, rolo de espuma, barbante, tecido, isopor, lãs;
- origami: papéis coloridos, cola e barbante;
- teatro: marionetes de vara, ator, fantoches, sombra, bonecos, máscaras, de dedo, origamis;
- brinquedos: fantasmas (preto e branco), mala de médico, estetoscópios, bonecas, bolas de gude, pipa, bola, balões coloridos, carrinhos, bola;
- jogos: de atenção e memória (expressões e borboleta) – Dagmar; Quebra-cabeça (terra dos doces) – Grow; O corcunda de Notre Dame – Disney; Pizzaria maluca – Grow; Por dentro do corpo – Toyster; Árvore pedagógica – Dicá; Bichionário alfabeto dos animais – Dicá; Floresta encantada – Grow, Acertando as figuras – Grow; Goleiro maluco – Estrela; Trocando as letras (turma da Mônica) – Grow;
- livros de histórias: “*Como dói o meu dodói*”, “*Dona dor veio me visitar*”, “*O passarinho engaiolado*”<sup>\*</sup>, “*A operação de Lili*”, “*Caixa surpresa*”<sup>\*\*</sup>, *Alice no país das maravilhas*<sup>1</sup>; “*Pedro e o lobo*”<sup>2</sup>, “*A pipa e a flor*”<sup>3</sup>, “*A toupeira que queria ver o cometa*”<sup>4</sup>, “*Peter Pan*”<sup>5</sup>, “*João e Maria*”<sup>6</sup>, gibis;
- escrita criativa: papel branco A4, lápis preto e caneta hidrocor.

Procurou-se deixar o *setting* terapêutico organizado, especialmente ao receber a criança, mas permitiu-se absorver a sala desorganizada na dinâmica do processo criativo. É conveniente lembrar que deixar o atelier arteterapêutico em permanente desarrumação não é produtivo (PHILIPPINI, 1999).

#### 4.6 - Instrumentos de Coleta de Dados

Para identificação dos sujeitos, usaram-se os seguintes instrumentos:

---

\* Alves, R. **O passarinho engaiolado**. 4.ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997

\*\* Carneiro, A. **Caixa surpresa**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1994

<sup>1</sup> Círculo do livro. **Alice no país das maravilhas**. São Paulo: Círculo do livro, s.d.

<sup>2</sup> Círculo do livro. **Pedro e o lobo**. São Paulo: Círculo do livro, s.d.

<sup>3</sup> Alves, R. **A pipa e a flor**. 11.ed. São Paulo: Loyola, 2000

<sup>4</sup> Alves, R. **A toupeira que queria ver o cometa**. 2.ed. São Paulo: Loyola, s.d.

<sup>5</sup> Círculo do livro. **Peter Pan**. São Paulo: Círculo do livro, s.d.

<sup>6</sup> Círculo do livro. **João e Maria**. São Paulo: Círculo do livro, s.d.

- (A) **Cadastro de Identificação** (APÊNDICE B) com o **Critério de Classificação Socioeconômica do Brasil – CCSEB** (ANEXO B) e **Cadastro de Identificação de Atividades Artísticas** dos casos em estudo (APÊNDICE C).

Fonte: entrevista com as crianças e acompanhantes; busca ativa nos prontuários;

Objetivos: cadastrar dados e obter informações necessárias para o atendimento posterior;

Período: precedente à avaliação inicial.

- (B) **Questionário da Escala A2 de Rutter adaptado por Graminha** (APÊNDICE D)

Fonte: os acompanhantes das crianças;

Objetivos: cadastrar dados e obter informações necessárias para o atendimento posterior;

Período: precedente à avaliação inicial.

A observação direta e participante, durante as avaliações, permitiu conviver com o fenômeno que estava sendo observado, permeando todo o acompanhamento arteterapêutico e favorecendo a avaliação da produção gráfica. Os instrumentos que utilizaram a observação direta e que analisaram o comportamento e a linguagem não-verbal das crianças foram os seguintes:

- (C) **Ficha de Avaliação de Características do Comportamento das Crianças** (APÊNDICE E):

Adaptação: escalas do modelo de Machado et al. (1989) que visavam à observação de campo em sala de aula, tendo sido adaptadas para o presente estudo, a fim de avaliarem os comportamentos dos participantes na relação com a arteterapeuta e com o trabalho desenvolvido;

Fonte: as crianças, durante todo o processo de atendimento;

Objetivo: avaliar o comportamento das crianças;

Período: avaliações iniciais e finais, bem como durante as sete intervenções de arteterapia.

- (D) **Modelos Não-verbais de Comunicação** (APÊNDICE F)

Adaptação: modelo de Silva (1996);

Fonte: as crianças, durante todo o processo de atendimento;

Objetivo: avaliar a linguagem não-verbal das crianças;

Período: avaliações iniciais e finais, bem como durante as sete intervenções de arteterapia.

O instrumento de avaliação do desenvolvimento geral das crianças foi o seguinte:

- (E) **Roteiro** de avaliação de **Desenvolvimento da Criança** (APÊNDICE G):

Adaptação: enfoque desenvolvimental para observação de crianças de sete a dez anos de idade, segundo Greenspan & Greenspan (1993);

Fonte: as crianças, durante todo o processo de avaliação;

Objetivo: avaliar as categorias de crescimento, linguagem, motricidade, cognição e afetividade das crianças;

Período: avaliações iniciais e finais.

Roteiros de avaliação de desenvolvimento plástico das crianças:

- (F) **Ficha** de avaliação do **Desenvolvimento Gráfico Bidimensional da Criança** - (APÊNDICE H); **Fases Evolutivas da Construção da Perspectiva no Desenho da Criança** - (APÊNDICE I); **Fases da Aprendizagem da Pintura** - (APÊNDICE J); **Fases da Aprendizagem da Colagem** - (APÊNDICE K); **Fases da Aprendizagem de Recorte a Dedo e com Tesoura** - (APÊNDICE L e M); **Seqüência de Fases de Modelagem** - (APÊNDICE N); **Ficha de Avaliação do Desempenho do Fazer Tridimensional da Criança (Construção de Objetos)** - (APÊNDICE O):

Adaptação: segundo Costa (1997), Reily (1986) e Piaget & Inhelder (1985);

Fonte: as crianças, durante todo o processo de avaliação;

Objetivo: avaliar as modalidades de desenho, pintura, colagem, recorte, modelagem e construção, durante o processo de avaliação das crianças em estudo;

Período: avaliações iniciais e finais.

**TABELA 1** - Roteiro de avaliação do desenvolvimento plástico relacionado ao número de modalidades artísticas, aos instrumentos e adaptação dos modelos específicos. Goiânia - 2003

<b>Nº</b>	<b>Modalidades</b>	<b>Instrumentos de Avaliação/Apêndice</b>	<b>Adaptação dos Modelos</b>
01	Desenho	*Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Gráfico Bidimensional da Criança (APÊNDICE H) *Fases Evolutivas da Construção da Perspectiva no Desenho da Criança (APÊNDICE I)	Costa (1997) Piaget & Inhelder (1985)
02	Pintura	*Fases da Aprendizagem da Pintura (APÊNDICE J)	Reily (1986)
03	Colagem	*Fases da Aprendizagem da Colagem (APÊNDICE K)	Reily (1986)
04	Recorte	*Fases da Aprendizagem de Recorte a Dedo (APÊNDICE L) *Fases da Aprendizagem de Recorte com Tesoura (APÊNDICE M)	Reily (1986) Reily (1986)
05	Modelagem	*Seqüência de Fases de Modelagem (APÊNDICE N)	Reily (1986)

---

06	Construção	*Ficha de Avaliação do Desempenho do Costa (1997) Fazer Tridimensional da Criança (Construção de Objetos) (APÊNDICE O)
----	------------	---

---

Para avaliação das produções artísticas das crianças, o arteterapeuta empregou os seguintes instrumentos:

- (G) **Roteiro** para avaliação da **Produção Simbólica/Gráfica** Infantil – (APÊNDICE P):

Adaptação: classificação do modelo de Dondis (1997);

Fonte: as obras artísticas produzidas durante o processo de atendimento;

Objetivo: avaliar os desenhos, as pinturas, as colagens, as modelagens e as construções das crianças em estudo;

Período: avaliações iniciais e finais, bem como das produções, durante as sessões de arteterapia.

- (H) **Modelo** para avaliação da **Produção Simbólica/Gráfica** Infantil – (APÊNDICE Q):

Fonte: as obras artísticas produzidas durante o processo de avaliação;

Objetivo: avaliar os desenhos, as pinturas, as colagens, as modelagens e as construções das crianças em estudo;

Período: avaliações iniciais e finais, bem como das produções, durante as sessões de arteterapia.

Registraram-se o comportamento e a produção artística das crianças, por meio de fotografia e gravação das falas nos vários momentos: avaliações iniciais e finais das crianças em estudo e nos atendimentos em arteterapia. Tanto as fotografias como a audição das fitas foram previamente autorizadas pelos pacientes, responsáveis e pela Instituição, através do Comitê de Ética em Pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (APÊNDICE A), na tentativa de ser extremamente fiéis aos conteúdos manifestos, facilitando assim uma análise criteriosa posterior.



Os instrumentos utilizados pela pesquisadora, antes da **avaliação inicial**, foram:

- Cadastro de Identificação (APÊNDICE B) com o Critério de Classificação Socioeconômica do Brasil – CCSEB (ANEXO B);
- Cadastro de Identificação das Atividades Artísticas (APÊNDICE C);
- Questionário da Escala A2 de Rutter, adaptado por Graminha (APÊNDICE D).

A pesquisadora fez uso destes instrumentos sem contar com a presença do auxiliar de pesquisa (profissional/estudante de artes, psicologia ou arteterapia).

Utilizaram-se nas **avaliações iniciais e finais**, os seguintes instrumentos:

- Ficha de Avaliação de Características do Comportamento das Crianças (APÊNDICE E);
- Modelos Não-verbais de Comunicação (APÊNDICE F);
- Roteiro de Avaliação de Desenvolvimento da Criança (APÊNDICE G);
- Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Gráfico Bidimensional da Criança (APÊNDICE H);
- Fases Evolutivas da Construção da Perspectiva no Desenho da Criança (APÊNDICE I);
- Fases da Aprendizagem da Pintura (APÊNDICE J);
- Fases da Aprendizagem da Colagem (APÊNDICE K);
- Fases da Aprendizagem de Recorte a Dedo (APÊNDICE L);
- Fases da Aprendizagem de Recorte com Tesoura (APÊNDICE M);
- Seqüência de Fases de Modelagem (APÊNDICE N);
- Ficha de Avaliação do Desempenho do Fazer Tridimensional da Criança - Construção de Objetos (APÊNDICE O);
- Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica/Gráfica Infantil – desenho (APÊNDICE P);
- Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – pintura (APÊNDICE P);
- Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – colagem (APÊNDICE P);
- Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – modelagem (APÊNDICE P);
- Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – construção (APÊNDICE P);
- Modelo para Avaliação da Produção Simbólica/Gráfica Infantil – desenho (APÊNDICE Q);

- Modelo para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – pintura (APÊNDICE Q);
- Modelo para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – colagem (APÊNDICE Q);
- Modelo para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – modelagem (APÊNDICE Q);
- Modelo para Avaliação da Produção Simbólica Infantil – construção (APÊNDICE Q).

Esses instrumentos foram utilizados com a observação do auxiliar de pesquisa, que compartilhou da avaliação com a arteterapeuta, tendo o referido observador avaliado a mesma criança nas avaliações iniciais e finais. Procedeu-se à avaliação das produções artísticas (desenho, pintura, colagem, modelagem e construção) nos moldes dos instrumentos de produção simbólica em outro momento posterior às avaliações, freqüentemente realizadas por outro auxiliar de pesquisa, isto é, um observador avaliou o processo e outro as produções plásticas.

Os auxiliares da pesquisa receberam treinamento prévio para o uso dos instrumentos e a presença deles garantiu que as observações e avaliações desses instrumentos não fossem feitas somente pela pesquisadora, caracterizando uma reflexão compartilhada entre arteterapeuta e observador, em relação ao processo e às produções plásticas, eliminando a idéia de que prevaleceria somente a opinião da arteterapeuta.

Efetuaram-se registros fotográficos das cinco modalidades (desenho, pintura, colagem, modelagem e construção) que diziam respeito ao comportamento da criança e às suas produções.

Nas **sessões de arteterapia**, os instrumentos usados foram:

- Ficha de Avaliação de Características do Comportamento das Crianças (APÊNDICE E);
- Modelos Não-verbais de Comunicação (APÊNDICE F);
- Roteiro para Avaliação da Produção Simbólica/Gráfica Infantil – de todas as produções artísticas (APÊNDICE P);
- Modelo para Avaliação da Produção Simbólica/Gráfica Infantil – de todas as produções artísticas (APÊNDICE Q).

O arteterapeuta aplicou os instrumentos sem a interferência do observador e efetuou registros fotográficos e gravação das sessões de arteterapia. Também, durante as sessões da arteterapia, elaborou os relatórios das mesmas.

#### **4.7 - Validação dos Instrumentos**

Após a elaboração do cadastro de identificação dos casos em estudo e do roteiro para avaliação da produção simbólica/gráfica, estes foram submetidos ao julgamento de cinco juízes que validaram seus conteúdos, emitindo pareceres quanto à pertinência e adequação das questões formuladas em relação aos objetivos propostos. Realizou-se esse procedimento anteriormente à aplicação dos instrumentos.

Os juízes eram profissionais experientes, sendo dois arteterapeutas com experiência em pediatria; dois psicólogos que trabalhavam com técnicas de avaliação, resguardando uma certa proximidade em termos de avaliação comportamental e de produção do sujeito; e um enfermeiro que trabalhava com crianças hospitalizadas.

Após as correções convenientes, realizou-se o teste piloto com vistas à verificação da operacionalidade dos mesmos.

#### **4.8 Análise dos Dados**

Os dados analisados permitiram comparações entre os grupos quanto aos aspectos mensurados, como as mudanças no comportamento e desenvolvimento plástico das crianças e da produção imagética.

Compararam-se os dois grupos em estudo, o experimental, antes e após as intervenções arteterapêuticas, e o grupo controle, na ausência de intervenção.

Após categorização dos dados, retomou-se a quantificação, com os procedimentos de tabulação dos mesmos, cálculos de porcentagens, elaboração de tabelas, figuras e gráficos. Assim, foi-se estabelecendo a frequência de respostas similares de conteúdos, em diferentes aspectos, ou seja, quanto às medidas de comportamento, desenvolvimento das linguagens plásticas e da avaliação das produções plásticas.

Realizou-se o tratamento estatístico através das distribuições dos dados em frequências absolutas e frequências relativas. Na análise comparativa aplicou-se o teste T de Wilcoxon para as duas amostras dependentes, sendo que para determinar a diferença entre os grupos empregou-se o teste U de Mann-Whitney. Na análise, a pesquisadora utilizou a média, o desvio padrão, a mediana e a amplitude de variação para os dois grupos separadamente.

Neste trabalho, procedeu-se a um recorte de todos os dados obtidos durante a coleta, abrindo-se uma perspectiva importante para a continuação do estudo em questão. Os dados analisados sob os aspectos qualitativos poderão ser apresentados, futuramente, em outros trabalhos de maneira descritiva e interpretativa, como a avaliação do desenvolvimento global da criança, dos produtos simbólicos e de todos os outros dados obtidos nas intervenções de arteterapia.

Nesta pesquisa, trabalharam-se os seguintes protocolos de registro das avaliações iniciais e finais:

- Características de comportamento, em relação à arteterapeuta;
- Características de comportamento, em relação ao material;
- Comunicação não-verbal;
- Desenvolvimento gráfico bidimensional;
- Construção da perspectiva no desenho;
- Fases de aprendizagem de pintura;
- Fases de aprendizagem de colagem;
- Fases de aprendizagem de recorte a dedo;
- Fases de aprendizagem de recorte com tesoura;
- Seqüência de modelagem;
- Desempenho do fazer tridimensional;
- Avaliação da produção do desenho;
- Avaliação da produção da pintura;
- Avaliação da produção da colagem;
- Avaliação da produção da modelagem;
- Avaliação da produção da construção.

Estes protocolos de avaliação contêm escalas de classificação nas ordens de qualidade do desempenho. Quanto ao desempenho, atribuíram-se níveis de gradação de pontos na ordem crescente, isto é, do nível inferior para o superior de qualidade. Realizou-se, ainda, uma pontuação individual para cada avaliação que, posteriormente, agruparam-se em três categorias:

- a categoria do **comportamento** englobou os protocolos de avaliação de características de comportamento das crianças, em relação ao arteterapeuta e ao material, bem como os modelos não-verbais de comunicação. A gradação de pontos variou de 1 a 7, para as características de comportamento das crianças e de 1 a 2, para a comunicação não-verbal;
- a categoria de **desenvolvimento plástico** envolveu os protocolos de avaliação do desenvolvimento gráfico bidimensional e o desempenho do fazer tridimensional da criança; as fases evolutivas da construção da perspectiva no desenho da criança; as fases da aprendizagem de pintura, colagem e recorte; e a seqüência de fases da modelagem. A gradação de pontos variou de 1 a 9, para o desenvolvimento gráfico, de 1 a 5, para a construção da perspectiva, de 1 a 7, para a aprendizagem de pintura, seqüência de modelagem e desenvolvimento tridimensional (construção), de 1 a 6, para a aprendizagem de colagem e recorte a dedo, de 1 a 14, para recorte com tesoura;
- a categoria de **produções plásticas** reuniu os roteiros para avaliação da produção artística (desenho, pintura, colagem, modelagem e construção), cujos pontos variaram de 1 a 5.

## 5 – RESULTADOS

Inicialmente, apresentar-se-ão os resultados relativos às estatísticas descritivas dos escores obtidos pelos sujeitos do GA (grupo A – experimental) e GB (grupo B – controle), nas diferentes áreas (comportamento, desenvolvimento e produção plástica).

Para comparação dos dados dos dois grupos estudados (A-experimental e B-controle), utilizaram-se os Testes U de Mann-Whitney e T de Wilcoxon (SIEGEL, 1975), assim como descreveram-se os valores dos escores em termos da média, mediana, desvio padrão, amplitude de variação e total de escores das avaliações comportamentais, de desenvolvimento e de produção plástica, porque eram duas amostras relacionadas e necessitava-se determinar se as condições foram diferentes tanto para o grupo A (experimental) como para o grupo B (controle), nas avaliações inicial e final.

A pesquisadora deste estudo apresentará os resultados de cada instrumento separadamente, agrupando-os quanto ao comportamento da criança em relação à arteterapeuta; em relação ao material e à comunicação não-verbal; e também quanto ao desenvolvimento plástico das crianças no plano bidimensional, na perspectiva no desenho, na pintura, na colagem, no recorte a dedo e com tesoura, na modelagem e no plano tridimensional (construção). Posteriormente, agrupará os dados das produções plásticas das crianças referentes ao desenho, pintura, colagem, modelagem e construção.

A ordem de apresentação será a seguinte: 1) resultados quanto ao comportamento, 2) resultados quanto ao desenvolvimento plástico e 3) resultados quanto às produções plásticas das crianças.

## 5.1 – Avaliação do Comportamento

Os instrumentos de avaliação do comportamento relacionados à arteterapeuta, ao material e à comunicação não-verbal, permitiram a descrição do repertório comportamental dos sujeitos dos dois grupos (A – experimental e B – controle), nas avaliações inicial e final.

A avaliação geral do comportamento dos grupos (A e B) mostra o resultado total, considerando-se as dez assertivas sobre o comportamento da criança em relação ao arteterapeuta; as 14 assertivas sobre o comportamento da criança em relação ao material e as 13 assertivas sobre a comunicação não-verbal da criança.

Pretendeu-se verificar a existência ou não de diferenças entre os comportamentos dos elementos dos dois grupos, realizando, para esse fim, comparações entre eles através do Teste U de Mann-Whitney. As Tabelas 2 e 3 e o Quadro 4 mostram os resultados relacionados às três modalidades de comportamento.

A Tabela 2 exhibe os valores dos escores referentes à avaliação comportamental dos sujeitos pertencentes aos dois grupos (GA e GB), apresentados na avaliação inicial.

**TABELA 2** – Valores dos escores referentes à avaliação comportamental inicial dos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), em termos da média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia - 2003

<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude de Variação</b>
Relação com a Arteterapeuta	GA	42,1	4,36	42,5	34 – 48
	GB	48,3	9,14	49,5	27 – 59
<u>Relação com</u>	GA	59,6	9,2	60	50 – 75

Material	GB	71,3	14,7	74,5	32 – 82
Comunicação	GA	18,6	2,6	19	15 – 23
Não-verbal	GB	22,1	2,9	23	16 - 25

Na Tabela 2, observam-se diferenças entre os dois grupos na avaliação do comportamento, sendo a média e medianas do grupo B (controle) superiores às do A (experimental), na avaliação inicial.

A Tabela 3 mostra os valores dos escores referentes ao comportamento apresentado pelos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), na avaliação final.

**TABELA 3** – Valores dos escores referentes à avaliação comportamental final dos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), em termos da média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia – 2003

Avaliação Final	Grupos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Amplitude de Variação
Relação com a Arteterapeuta	GA	59,4	8,8	61	36 – 67
	GB	48,6	8,9	49	27 – 59
Relação com Material	GA	86,7	11,7	92,5	56 – 95
	GB	71,3	14,7	74,5	32 – 82
Comunicação Não-verbal	GA	24	2,3	25	18 - 26
	GB	22,4	2,9	23,5	16 - 25



Verificaram-se diferenças entre os dois grupos, sendo a média e mediana do grupo A (experimental) superiores à do grupo B (controle), na avaliação final.

O Quadro 4 exhibe os resultados comparativos entre os dois grupos A – experimental (GA) e B – controle (GB), quanto ao comportamento, nas avaliações inicial e final.

**QUADRO 4** – Comparação\* dos escores obtidos nos dois grupos (experimental e controle) nas avaliações inicial e final, quanto ao comportamento da criança. Goiânia - 2003

<b>Comportamento da criança</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
Em relação à arteterapeuta	GA < GB <sup>1</sup>	GA > GB <sup>2</sup>
Em relação ao material	GA < GB <sup>2</sup>	GA > GB <sup>3</sup>
Comunicação não-verbal	GA < GB <sup>2</sup>	GA = GB

\*Teste U de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975)

1 = p < 0,05; 2 = p < 0,02; 3 = p < 0,002

Grupo A – experimental: n = 10; Grupo B – controle: n = 10

As comparações evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nos seguintes comportamentos:

**Em relação à arteterapeuta:** os dados do Quadro 4 referem-se ao comportamento da criança em relação à arteterapeuta, e apontam que as crianças do grupo B (controle) têm escores mais altos do que as crianças do grupo A (experimental),

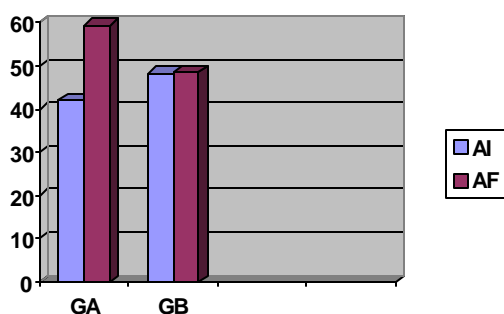
especialmente porque se mostraram mais tranqüilas, comunicativas e relaxadas, durante a avaliação inicial. Nos aspectos de obediência, timidez e controle não se evidenciaram grandes diferenças entre os dois grupos (Quadros 17 e 19, APÊNDICE T).

Porém na avaliação final, constataram-se diferenças significativas entre os dois grupos (A e B), na qual se destacou, especialmente, o grupo A (experimental) porque as crianças estavam mais tranqüilas, respeitosas, obedientes, comunicativas, solícitas, relaxadas, independentes e controladas do que as do grupo B (controle) (Quadros 18 e 20, APÊNDICE T).

A Figura 4 permite que se avaliem melhor os escores de comportamento das crianças em relação à arteterapeuta, nas avaliações inicial e final, apresentados pelos sujeitos dos grupos A (experimental) e B (controle).

Complementando o Quadro 4 no aspecto da relação comportamental da criança frente à arteterapeuta, a Figura 4 indica o total de pontuação do grupo A – experimental (GA) e do B – controle (GB), tanto na fase de avaliação inicial (AI) como na final (AF).

#### Comportamento em relação à arteterapeuta



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

**Figura 4** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final quanto ao comportamento das crianças dos dois grupos (A e B), em relação à arteterapeuta

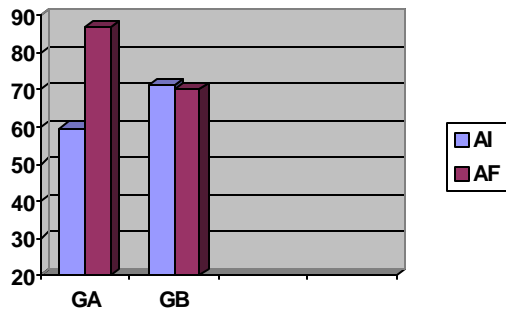
Na Figura 4 constata-se que o grupo B (controle) apresentou número maior de escores de comportamentos positivos, na avaliação inicial, do que o grupo A (experimental), mas registrou escores inferiores na avaliação final. Conseqüentemente, houve uma pontuação maior de comportamento positivo da primeira para a segunda avaliação no grupo A, enquanto que o grupo B (controle) apresentou uniformidade no padrão de emissão de comportamento, nas avaliações inicial e final.

**Em relação ao material:** os dados do Quadro 4 apresentaram, também, o comportamento da criança em relação ao material. Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) registraram escores mais altos do que as crianças do grupo A (experimental), especialmente porque se mostraram mais dinâmicas, rápidas, interessadas e participativas. Com relação aos aspectos mais aplicadas, discretas, orientadas e persistentes não se encontraram grandes alterações entre os dois grupos (Quadros 21 e 23, APÊNDICE T).

Na avaliação final, constataram-se diferenças significativas entre os dois grupos, uma vez que os sujeitos do grupo A (experimental) estavam mais sossegados, reflexivos, aplicados, relaxados, dinâmicos, atentos, interessados, participativos, orientados e persistentes do que os do grupo B (controle). Quanto aos aspectos mais ordeiros e cuidadosos, estes não registraram alterações significativas entre os grupos (Quadros 22 e 24, APÊNDICE T).

Enfatizando tal observação, a Figura 5 mostra o total de pontuação obtido no item comportamento da criança frente aos materiais apresentados pelos grupos A – experimental (GA) e B – controle (GB), nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

### **Comportamento em relação ao material**



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
 GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

**Figura 5** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final quanto ao comportamento das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle), em relação ao material

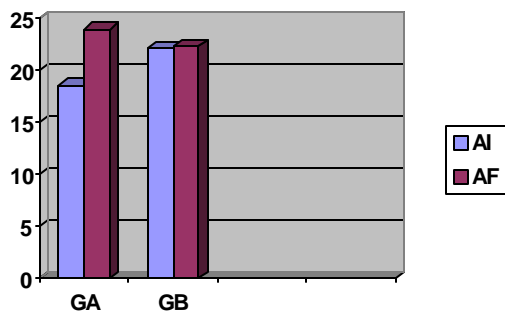
Constata-se, através dos dados apresentados na Figura 5, que a pontuação dos escores de comportamentos positivos dos sujeitos do grupo A (experimental) apresentada na avaliação inicial aumentou na avaliação final. A ocorrência de categorias do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle) aproximou-se das duas avaliações, comprovando que houve alterações no comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental) que, inicialmente, apresentavam escores inferiores aos do grupo B (controle), na avaliação inicial e superiores na avaliação final.

**Comunicação não-verbal:** os dados do Quadro 4 referem-se à comunicação não-verbal expressa pela criança durante as atividades. Analisando a avaliação inicial, verifica-se que as crianças do grupo B (controle) demonstraram escores mais altos do que as crianças do grupo A (experimental), especialmente porque apresentaram postura mais atenta, fizeram maior contato visual, estavam mais sorridentes, nível de energia mais em alerta e com uma postura corporal mais voltada para a arteterapeuta. Nos aspectos referentes à aproximação dos móveis, falta de maneirismos, volume da voz, expressão da cabeça e ausência de toque, não se evidenciaram grandes diferenças entre os dois grupos. Porém, na avaliação final, os sujeitos do grupo A (experimental)

superaram os do grupo B (controle), por estarem mais sorridentes e mais próximos (Quadros 25, 26, 27 e 28, APÊNDICE T).

Observa-se que, na avaliação final, a maioria dos escores referentes à comunicação não-verbal manteve a mesma frequência de ocorrência que nas avaliações iniciais, especialmente quanto a apresentarem postura mais relaxada, bom contato visual, expressão facial sorridente, nível de energia alerta, dinâmica interpessoal de aproximação, cabeça com maneiio positivo e postura corporal mais voltada para a arteterapeuta. Nos aspectos de maneirismos, volume da voz e toque, não se verificaram alterações entre os grupos durante as avaliações inicial e final.

### Comunicação não-verbal



AI: Avaliação Inicial

AF: Avaliação Final

GA: Grupo A – experimental    GB: Grupo B - controle

**Figura 6** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, quanto à comunicação não-verbal das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

A Figura 6 indica que a maioria dos sujeitos pertencentes ao grupo A (experimental) apresentou uma diminuição considerável na pontuação de comportamentos positivos, na comparação entre os dois grupos (A e B) na avaliação inicial, porém após terem se submetido às intervenções de arteterapia o referido grupo melhorou, obtendo valor semelhante ao do grupo B (controle). Ademais, a Figura 6 evidencia que não houve diferença importante na emissão de comunicação não-verbal nas fases de avaliação inicial e final para os sujeitos do grupo B (controle).

As variações entre os diferentes testes estatísticos quanto ao comportamento parecem próximas do nível operante nos dois grupos (A e B), tanto nas avaliações inicial como final.

Com a intenção de verificar a existência ou não de diferenças de comportamento nas avaliações inicial e final de cada grupo, separadamente, realizaram-se comparações utilizando o Teste T de Wilcoxon. O Quadro 5 mostra o desempenho separado dos grupos GA (grupo A – experimental) e GB (grupo – controle), com relação aos resultados obtidos nas três modalidades.

**QUADRO 5** – Comparação\* intragrupo dos escores obtidos nas avaliações inicial e final quanto ao comportamento.  
Goiânia - 2003

Comportamento da criança	GA	GB
Em relação à arteterapeuta	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Em relação ao material	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Comunicação não-verbal	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF

\*Teste T de Wilcoxon (SIEGEL, 1975)

<sup>1</sup> p < 0,01

GA (Grupo A - experimental): n = 10    GB (Grupo B – controle): n = 10

Quanto ao comportamento das crianças **em relação à arteterapeuta**, os dados do Quadro 5 indicam que a maioria dos sujeitos do grupo A (experimental) apresentou progresso significativo da avaliação inicial para a final, uma vez que, na avaliação inicial, estavam aquém do apresentado na avaliação final, sobretudo porque as crianças se mostraram mais tranquilas, comunicativas e relaxadas, durante as atividades. Em relação ao aspecto de as crianças estarem mais tímidas, não se registraram diferenças significativas nos dois grupos (Quadros 17 e 18, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), na avaliação final não indicou alterações estatisticamente significativas em relação à avaliação inicial, demonstrando a mesma frequência nas duas (inicial e final), principalmente porque os sujeitos estavam tranquilos, respeitosos, obedientes, solícitos, relaxados, tímidos, independentes e controlados (Quadros 19 e 20, APÊNDICE T).

No que se refere ao comportamento das crianças **em relação ao material**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, registrando, na avaliação final, diferenças estatisticamente superiores às encontradas na avaliação inicial, sobretudo quanto aos aspectos de as crianças se tornarem mais sossegadas, reflexivas, relaxadas, dinâmicas, rápidas, atentas e participativas, durante as atividades (Quadros 21 e 22, APÊNDICE T).

Já as crianças do grupo B (controle), na avaliação final, não apresentaram alterações estatisticamente significativas em relação à avaliação inicial, especialmente por estarem mais sossegadas, reflexivas, ordeiras, relaxadas, discretas, dinâmicas, orientadas e cuidadosas (Quadros 23 e 24, APÊNDICE T).

Também na **comunicação não-verbal**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, demonstrando na avaliação final diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo porque as crianças mostraram uma postura mais relaxada, melhor contato visual, expressão facial mais sorridente, nível de energia mais em alerta, aproximação interpessoal e postura corporal mais voltada à arteterapeuta, durante as atividades (Quadros 25 e 26, APÊNDICE T).

O grupo B (controle), na avaliação final não exibiu alterações estatisticamente significativas de maneira geral, em todos as categorias da comunicação não-verbal em relação à avaliação inicial (Quadros 27 e 28, APÊNDICE T).

Analisando-se as categorias de comportamento dos sujeitos dos dois grupos, apresentadas nas Figuras 4, 5 ou 6, em razão de sua ocorrência nas avaliações inicial e final, confirmam-se os dados obtidos no teste de Wilcoxon (Quadro 5).

## **5.2 – Avaliação do Desenvolvimento Plástico**

A aplicação dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento gráfico (desenho), fases da perspectiva (desenho), pintura, colagem, recorte, modelagem e desenvolvimento da construção, permitiu a descrição do repertório desenvolvimental plástico dos sujeitos dos dois grupos (A – experimental e B – controle) nas avaliações inicial e final.

A avaliação geral do comportamento dos grupos (A e B) mostra o resultado total das oito modalidades do desenvolvimento plástico da criança, quais sejam: as nove escalas sobre o desenvolvimento gráfico; as cinco escalas sobre as fases da perspectiva; as sete escalas sobre as fases da pintura; as seis escalas sobre as fases da colagem; as seis escalas sobre as fases do recorte a dedo; as 14 escalas sobre as fases do recorte com tesoura; as sete escalas sobre as fases de modelagem e as sete escalas sobre o desenvolvimento da construção. Pretendeu-se, com isso, verificar a existência ou não de diferenças nos comportamentos das crianças dos dois grupos. Para tanto, realizaram-se comparações entre eles, utilizando-se o Teste U de Mann-Whitney. As Tabelas 4 e 5 e o Quadro 6 mostram os resultados das oito modalidades do desenvolvimento plástico, enquanto a Tabela 4 exhibe os valores dos escores referentes ao desenvolvimento plástico, obtidos nos dois grupos (GA e GB).



**TABELA 4** – Valores dos escores referentes à avaliação do desenvolvimento plástico inicial, obtidos nos dois grupos (A – experimental e B – controle), em termos de média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia - 2003

<b>Avaliação inicial</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude de Variação</b>
Desenvolvimento Gráfico	GA	3,9	1,1	4	2 – 5
	GB	4,7	1,3	5	3 – 7
Fases da Perspectiva	GA	2,4	0,7	2,5	1 – 3
	GB	2,7	0,7	3	2 – 4
Fases da Pintura	GA	4,5	2,6	5,5	1 – 7
	GB	6,4	1,9	7	1 – 7
Fases da Colagem	GA	4,7	1,1	4,5	3 – 6
	GB	4,6	0,7	4,5	4 – 6
Fases do Recorte a Dedo	GA	3,8	0,8	4	2 – 5
	GB	4,3	0,5	4	4 – 5
Fases do Recorte com Tesoura	GA	12,2	1,1	13	10 – 13
	GB	11,8	2,1	12,5	6 – 13
Fases da Modelagem	GA	5,6	1,3	6	2 – 6
	GB	6,2	0,4	6	6 – 7
Desenvolvimento da Construção	GA	2,9	1,4	3	1 – 5
	GB	4	1,2	4	1 - 5

Na tabela 4 verifica-se que, em relação ao desenvolvimento plástico, não se evidenciou diferença entre os dois grupos, sendo a média e medianas do grupo B (controle) uniformes em relação ao grupo A (experimental), na avaliação inicial.

A Tabela 5 mostra os valores dos escores referentes ao desenvolvimento plástico final, obtidos nos sujeitos dois grupos (GA e GB).

**TABELA 5** – Valores dos escores referentes à avaliação do desenvolvimento plástico final, obtidos nos dois grupos (A – experimental e B – controle), em termos de média, desvio padrão, mediana e amplitude de variação. Goiânia - 2003

<b>Avaliação Final</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude de Variação</b>
Desenvolvimento gráfico	GA	4,8	1,3	5	3 – 7
	GB	4,3	1	4	3 – 6
Fases da Perspectiva	GA	2,8	0,4	3	2 – 3
	GB	2,6	0,7	2	2 – 4
Fases da Pintura	GA	6,5	1,0	7	4 – 7
	GB	6,4	1,9	7	1 – 7
Fases da Colagem	GA	5	0,7	5	4 – 6
	GB	4,6	0,7	4,5	4 – 6
Fases do Recorte a Dedo	GA	3,8	0,8	4	2 – 5
	GB	4,3	0,5	4	4 – 5
Fases do Recorte com Tesoura	GA	12,1	1,2	13	10 – 13
	GB	11,8	2,1	12,5	6 – 13
Fases da Modelagem	GA	6,7	0,5	7	6 – 7
	GB	6,1	0,3	6	6 – 7
Desenvolvimento da Construção	GA	5,4	2	6	1 – 7
	GB	3,8	1,6	4	1 - 7

Analisando a Tabela 5, verifica-se que os dois grupos apresentaram pequena diferença em relação ao desenvolvimento plástico, tendo a média e mediana do grupo A (experimental) exibido praticamente o mesmo valor em relação ao grupo B (controle), no que se referem ao desenvolvimento gráfico, fases da perspectiva, colagem, modelagem e desenvolvimento da construção, durante a avaliação final.

O Quadro 6 exhibe os resultados de comparação, quanto ao desenvolvimento plástico, entre os dois grupos A – experimental (GA) e B – controle (GB), nas avaliações inicial e final.

**QUADRO 6** – Comparação\* entre os grupos (experimental e controle) dos escores obtidos nas avaliações inicial e final, nos itens relativos ao desenvolvimento plástico. Goiânia - 2003

<b>Desenvolvimento Plástico da criança</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
Desenvolvimento Gráfico	GA = GB	GA = GB
Fases da Perspectiva	GA = GB	GA = GB
Fases da Pintura	GA < GB <sup>1</sup>	GA = GB
Fases da Colagem	GA = GB	GA = GB
Fases do Recorte a Dedo	GA = GB	GA = GB
Fases do Recorte c/ Tesoura	GA = GB	GA = GB
Fases da Modelagem	GA = GB	GA > GB <sup>1</sup>
Desenvolv. da Construção	GA = GB	GA > GB <sup>1</sup>

\*Teste U de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975)

<sup>1</sup> = p < 0,05

Grupo A – experimental: n = 9 e 10; Grupo B – controle: n = 9 e 10

No que diz respeito ao desenvolvimento plástico, não se conseguiu efetuar a avaliação desse procedimento porque uma criança do grupo A (experimental) se negou a realizar os recortes, a colagem, a modelagem e a construção. Assim, não se realizou a

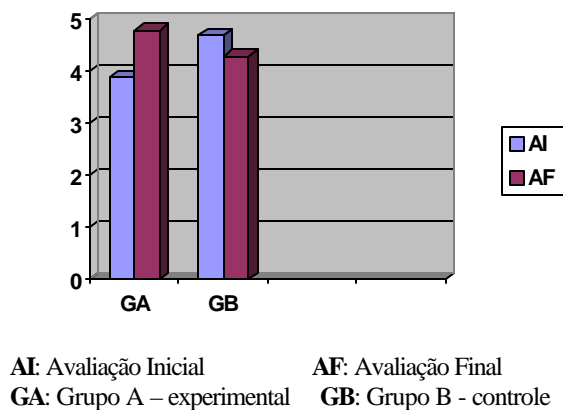
avaliação final destas cinco áreas (recorte a dedo e com tesoura, colagem, modelagem e construção). Também no grupo B (controle), uma criança se negou a desenhar nas avaliações inicial e final, de modo que não se avaliaram o desenvolvimento gráfico e as fases da perspectiva de um sujeito deste grupo.

As comparações entre os grupos evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nos seguintes desenvolvimentos plásticos:

**Desenvolvimento gráfico:** os dados do Quadro 6 referem-se à avaliação de desenvolvimento gráfico bidimensional do desenho da criança e demonstraram que tanto nas avaliações iniciais como finais as crianças de ambas os grupos (A e B) não demonstraram diferenças estatísticas entre si. No entanto, os níveis de ambos os grupos (A e B) oscilaram entre a segunda fase de garatuja (nível abaixo de desenvolvimento esperado para a idade) e a etapa de realismo visual.

A Figura 7 permite uma análise mais apurada dos escores de desenvolvimento gráfico (desenho) apresentados pelos sujeitos dos grupos A (experimental) e B (controle), em razão de sua pontuação nas avaliações inicial e final.

### Desenvolvimento gráfico



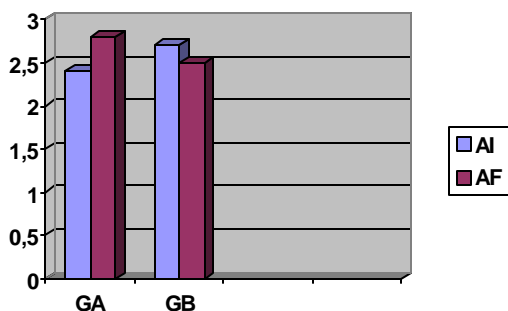
**Figura 7** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle), no que se refere ao desenvolvimento gráfico (desenho)

Os dados da Figura 7 mostram que os sujeitos do grupo A (experimental) e B (controle) não apresentaram diferenças quanto ao desenvolvimento gráfico, nas avaliações inicial e final. Porém, o grupo A (experimental) indicou pequeno aumento no valor da avaliação final, enquanto o B (controle), uma ligeira diminuição no mesmo item.

**Fases da Perspectiva:** os dados do Quadro 6 referem-se às fases evolutivas da construção da perspectiva no desenho da criança. Tanto nas avaliações inicial como na final, as crianças de ambos os grupos não demonstraram diferenças estatísticas entre si. Tendo os níveis de ambos os grupos (A e B) oscilado entre a incompreensão completa da perspectiva (nível abaixo do esperado pela idade) e o começo de diferenciação dos pontos de vista.

A Figura 8, complementa o Quadro 6 no aspecto da relação desenvolvimental plástica (perspectiva) da criança e indica a pontuação total de sujeitos do grupo A - experimental (GA) e do B - controle (GB) nas fases de avaliações inicial (AI) e final (AF).

### Fases da Perspectiva



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

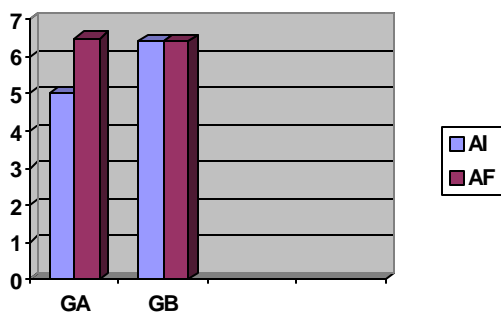
**Figura 8** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da perspectiva (desenho) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

Pela Figura 8, depreende-se que os grupos (A e B) apresentaram certa uniformidade entre si e as ocorrências de desenvolvimento plástico das avaliações iniciais para as finais, embora o grupo A (experimental) demonstrasse um aumento no valor da avaliação final, e o B (controle), uma discreta diminuição.

**Fases da Pintura:** os dados do Quadro 6 referem-se às fases da aprendizagem da pintura da criança, nas avaliações. Quanto à avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) demonstraram um nível de desenvolvimento da pintura estatisticamente superior às do grupo A (experimental) e a maior parte das crianças do grupo B (controle) atingiu a pontuação máxima na mudança de cor por iniciativa própria, enquanto que as do A (experimental) alcançaram índices mais baixos na avaliação inicial.

Na avaliação final não se constatou diferença significativa entre os dois grupos, pois as crianças do grupo B (controle) continuaram com a mesma pontuação em relação à mudança de cor por iniciativa própria, enquanto as do A (experimental) melhoraram, atingindo pontuações mais altas ou semelhantes às do grupo B (controle). Enfatizando tal observação, a Figura 9 mostra o total de pontuação alcançado pelas crianças, nas categorias de desenvolvimento plástico (pintura), tanto do grupo A – experimental (GA) como do B – controle (GB), nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

### Fases da Pintura



**AI:** Avaliação Inicial                      **AF:** Avaliação Final  
**GA:** Grupo A – experimental        **GB:** Grupo B - controle

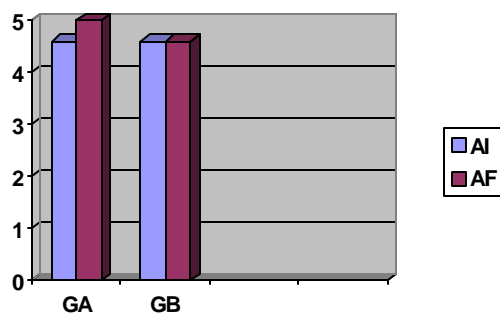
**Figura 9** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da pintura, pelas crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

Constata-se, pelos dados da Figura 9, que o número de ocorrências das categorias do desenvolvimento da pintura dos sujeitos do grupo B (controle) foram superiores aos do A (experimental) e que se observaram diferenças entre os dois grupos na avaliação inicial, sendo o grupo B (controle) superior ao A (experimental); no entanto, apresentaram valor semelhante na avaliação final, em virtude do grupo A (experimental) ter melhorado neste procedimento.

**Fases da Colagem:** os dados do Quadro 6 referem-se às fases da aprendizagem da colagem da criança, demonstradas durante as avaliações. Tanto nas avaliações inicial e final, as crianças do grupo A (experimental) juntamente com as do B (controle) evidenciaram níveis de desenvolvimento semelhantes, variando dos níveis de passar cola em excesso ou insuficientemente até passar cola dosando bem a sua quantidade.

A Figura 10 indica a pontuação total obtida nas avaliações inicial (AI) e final (AF), quanto ao desenvolvimento da colagem dos grupos (A – experimental e B – controle).

### Fases da Colagem



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

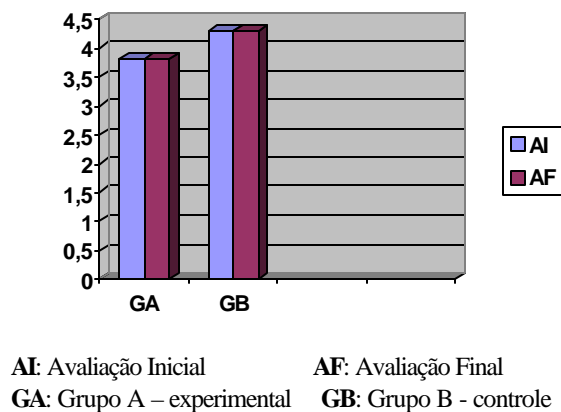
**Figura 10** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da colagem das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

A Figura 10 mostra que todas as etapas do desenvolvimento da colagem de ambos os grupos (A e B) apresentaram um valor semelhante nas avaliações (inicial e final), porém, o grupo A (experimental) demonstrou aumento discreto na avaliação final, em relação à sua avaliação anterior.

**Fases do Recorte a Dedo:** os dados do Quadro 6 referem-se às fases da aprendizagem do recorte a dedo realizadas pela criança, durante as avaliações. Tanto nas avaliações iniciais como nas finais, as crianças do grupo A (experimental) e as do B (controle) atingiram níveis de desenvolvimento semelhantes nas avaliações. A maioria das crianças, de ambos os grupos, dominou a etapa de rasgar corretamente a folha de papel, sem controlar bem a direção.

A Figura 11 mostra mais claramente as etapas de desenvolvimento do recorte a dedo apresentadas pelos sujeitos do grupo A – experimental (GA) e B – controle (GB), em razão de sua pontuação nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

### Fases do Recorte a Dedo



**Figura 11** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases do recorte a dedo das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

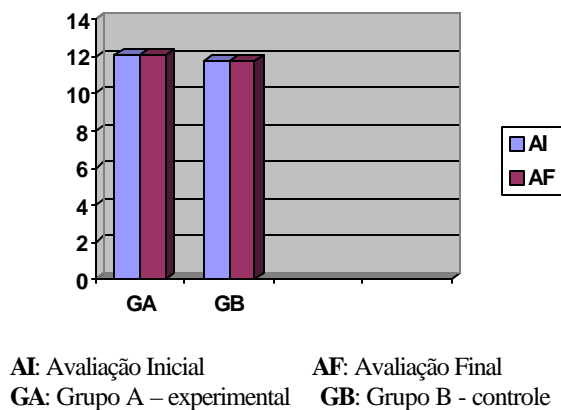


Na Figura 11 verifica-se, também, que a maioria dos sujeitos pertencentes ao grupo A (experimental) e B (controle) apresentou semelhanças de valores no desenvolvimento da avaliação inicial em relação à final, isto é, não houve nenhuma alteração nas avaliações dos casos estudados, embora os níveis de pontuação do grupo A (experimental) se mostrassem um pouco inferiores aos do B (controle).

**Fases do Recorte com Tesoura:** os dados do Quadro 6 referem-se às fases da aprendizagem do recorte com tesoura da criança, nas avaliações. Tanto nas avaliações iniciais como nas finais, as crianças do grupo A (experimental) e as do B (controle) obtiveram níveis de desenvolvimento semelhantes, não havendo nenhuma alteração de nível. A maioria das crianças, de ambos os grupos, encontraram-se na etapa de recortar figuras com linhas simples e complexas.

Na Figura 12, verifica-se a pontuação obtida nas etapas das fases do recorte com tesoura pelos sujeitos dos grupos A – experimental (GA) e B – controle (GB), nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

### Fases do Recorte com Tesoura



**Figura 12** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases do recorte com tesoura das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

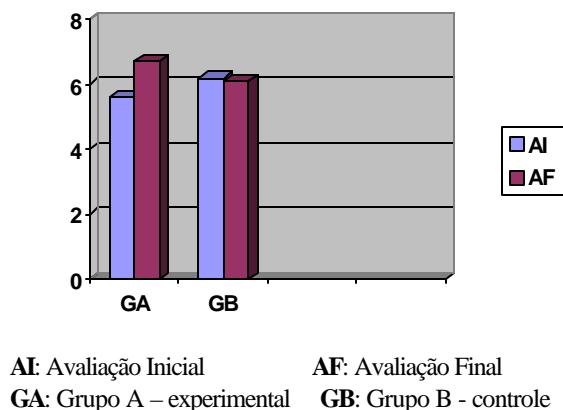
Observam-se, na Figura 12, semelhanças de valores na emissão de respostas relacionadas ao desenvolvimento do recorte a dedo das crianças dos dois grupos, nas duas avaliações, indicando uniformidade entre os sujeitos nas avaliações.

**Fases da Modelagem:** os dados do Quadro 6 referem-se à seqüência das fases de modelagem da criança. Tanto as crianças do grupo A (experimental) como as do B (controle) apresentaram níveis semelhantes na avaliação inicial, com predominância dos dois grupos na etapa de formas e objetos reconhecíveis.

Quanto à avaliação final, as crianças do grupo A (experimental) demonstraram nível de desenvolvimento da modelagem estatisticamente superior às do B (controle), pois a maioria delas atingiu a pontuação máxima na etapa que dá atenção e acabamento ao objeto, enquanto as do grupo B (controle) mantiveram-se na etapa de formação de figuras.

A Figura 13 mostra melhor as fases do desenvolvimento da modelagem apresentadas pelos sujeitos de grupo A – experimental (GA) e B – controle (GB), em razão de sua pontuação nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

### Fases da Modelagem



**Figura 13** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases da modelagem das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

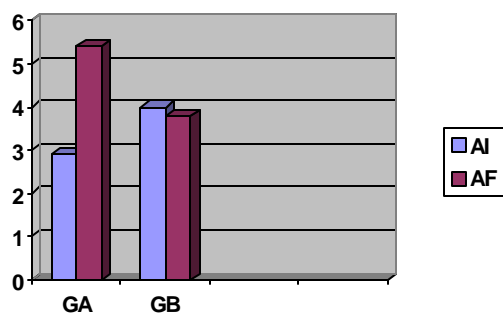
Na Figura 13 verifica-se que o grupo B (controle) apresenta um índice de pontuação um pouco mais elevado que o outro grupo (A – experimental) na avaliação inicial, enquanto que o A (experimental) apresenta maior índice em relação ao grupo B (controle), na avaliação final. Assim, o grupo A (experimental) aumentou o valor geral de emissão de respostas relacionadas ao desenvolvimento da modelagem, enquanto que o B (controle) permaneceu estável nas duas avaliações.

**Desenvolvimento da Construção:** os dados do Quadro 6 referem-se à avaliação do desempenho sobre o fazer tridimensional da criança (construção de objetos), nas avaliações. As crianças do grupo A (experimental) juntamente com as crianças do grupo B (controle) demonstraram o mesmo nível nesta atividade, tendo as mesmas apresentado variação nas etapas que oscilaram do objeto original à estrutura de base.

Quanto à avaliação final, notou-se demonstração significativa estatisticamente, uma vez que o grupo A (experimental) atingiu níveis estatísticos mais altos que o B (controle), chegando até a etapa de construção com formas completas, inclusive da figura humana.

A Figura 14 indica o total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas fases de desenvolvimento da construção de sujeitos do grupo A – experimental (GA) e B – controle (GB).

### Desenvolvimento da Construção



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

**Figura 14** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, no desenvolvimento da construção das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

A Figura 14 mostra um valor mais baixo de pontuação no desenvolvimento da construção dos sujeitos do grupo A (experimental) que o do grupo B (controle), na avaliação inicial, enquanto que o grupo A (experimental) apresentou valor maior que o B (controle), na avaliação final. Ademais, constatou-se um crescente aumento no valor do desenvolvimento da construção do grupo A (experimental) da avaliação inicial para a final, enquanto que o grupo B (controle) manteve uma pontuação uniforme nas avaliações.

As variações entre os diferentes testes estatísticos parecem próximas do nível operante do desenvolvimento plástico apresentado pelos sujeitos dos grupos (A e B), nas avaliações inicial e final.

Com a intenção de se verificar a existência ou não de diferenças no desenvolvimento plástico nas avaliações inicial e final de cada grupo, separadamente, realizaram-se comparações utilizando-se o Teste T de Wilcoxon. Os resultados obtidos nas oito modalidades que comparam separadamente os elementos dos grupos GA (grupo A – experimental) e GB (grupo – controle) encontram-se no Quadro 7.

**QUADRO 7** – Comparação\* intragrupo dos escores obtidos nas avaliações inicial e final, com relação ao desenvolvimento plástico. Goiânia - 2003

<b>Desenvolvimento Plástico da Criança</b>	<b>GA</b>	<b>GB</b>
Desenvolvimento Gráfico	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Fases da Perspectiva	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Fases da Pintura	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Fases da Colagem	AI = AF	AI = AF
Fases do Recorte a dedo	AI = AF	AI = AF
Fases do Recorte c/ tesoura	AI = AF	AI = AF
Fases da Modelagem	AI < AF <sup>2</sup>	AI = AF
Desenv. da Construção	AI < AF <sup>2</sup>	AI = AF

\*Teste T de Wilcoxon (SIEGEL, 1975)

1  $p < 0,05$  2  $p < 0,02$

GA (Grupo A - experimental): n = 09 e 10 GB (Grupo B - controle): n = 09 e 10

No que se refere ao **desenvolvimento gráfico**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, tendo demonstrado na avaliação final diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo porque, na avaliação inicial, o desenvolvimento oscilou das etapas de garatuja ao pré-esquemático e também porque se ampliou de pré-esquemático à segunda fase do realismo visual, atingindo níveis mais adequados para a idade (Tabela 8, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), este não mostrou modificação significativa nos dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente por ter havido estabilidade nos níveis de desenvolvimento.

Nas **fases da perspectiva**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, demonstrando na avaliação final diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo porque, nesta última, o desenvolvimento oscilou entre incompreensão completa da perspectiva a início de diferenciação dos pontos de vista. Porém, na avaliação final, não se verificou nenhum caso com incompreensão completa da perspectiva, atingindo níveis mais apropriados para a idade (Tabela 9, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), este não apresentou modificações estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente por ter havido estabilidade nos níveis de desenvolvimento.

No que se referem às **fases de pintura**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, pois na avaliação final demonstrou diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo porque, nesta última, o desenvolvimento oscilou entre só segurar o pincel corretamente até a mudança de cor por iniciativa própria; já na avaliação final, a maior parte dos sujeitos se manteve na mudança de cor, nível mais apropriado para a idade (Tabela 10, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), este não mostrou modificações estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente por ter mantido estáveis os níveis de desenvolvimento.

Nas **fases da colagem**, tanto o grupo A (experimental) quanto o grupo B (controle) não apresentaram modificações significativas, durante as avaliações inicial e final (Tabela 11, APÊNDICE T).

Também nas **fases do recorte a dedo**, os dois grupos A (experimental) e B (controle) não apresentaram modificações significativas, durante as avaliações inicial e final (Tabela 12, APÊNDICE T).

Repetindo as informações das duas últimas atividades, nas **fases do recorte com tesoura**, tanto o grupo A (experimental) como o B (controle) não apresentaram modificações significativas, durante as avaliações inicial e final (Tabela 13, APÊNDICE T).

Diferentemente do que informou-se, anteriormente, nas **fases da modelagem**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, registrando na avaliação final diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo porque, nesta última, o desenvolvimento oscilou do nível de amassar, apertar, jogar e mexer com a massa (nível abaixo do esperado para a idade) até formar figuras e objetos reconhecíveis; enquanto que na avaliação final, a maioria das crianças deu atenção ao acabamento, além de confeccionar figuras e objetos reconhecíveis (Tabela 14, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), este não mostrou modificações estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente porque os níveis de desenvolvimento se apresentaram estáveis, pois grande parte dos sujeitos permaneceu na etapa da criança formar figuras e objetos reconhecíveis.

Na fase **desenvolvimento da construção**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, registrando, na avaliação final, diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo pelo predomínio dos sujeitos, na avaliação inicial, do nível da forma piramidal; na avaliação final, no entanto, desenvolveu

predominância da forma completa, inclusive da figura humana (Tabela 15, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), este não mostrou modificações estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente pelas estabilidades demonstradas nos níveis de desenvolvimento, com predomínio da fase piramidal nos dois momentos (avaliações inicial e final).

Presume-se, então, que houve significativo progresso das crianças do grupo A (experimental) nas categorias de desenvolvimento gráfico, fases da perspectiva, fases da pintura, bem como nas fases da modelagem e desenvolvimento da construção. Porém, não se constataram alterações significativas nas fases da colagem, recorte a dedo e com tesoura.

As categorias de desenvolvimento plástico apresentadas pelos sujeitos dos dois grupos podem ser também analisadas nas Figuras 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14, em razão de sua ocorrência nas avaliações inicial e final, confirmando os dados obtidos do teste de Wilcoxon (Quadro 7).

### **5.3 – Avaliação das Produções**

A utilização dos instrumentos de avaliação das produções plásticas (desenho, pintura, colagem, recorte, modelagem e construção) permitiu a descrição do repertório dos sujeitos dos dois grupos (A – experimental e B – controle) nas avaliações (inicial e final).

A avaliação geral do comportamento dos grupos (A e B) indica o resultado total, considerando-se as assertividades sobre a produção simbólica/gráfica da criança referentes ao desenho, pintura, colagem, modelagem e construção criada durante as avaliações inicial e final.

Com a intenção de se verificar a existência ou não de diferenças entre os comportamentos dos elementos dos dois grupos, realizaram-se comparações entre eles utilizando-se o Teste U de Mann-Whitney. As Tabelas 6 e 7 e o Quadro 8 mostram os

resultados das cinco modalidades de produções plásticas e a Tabela 6 exibe valores dos escores obtidos na avaliação inicial dos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), nas produções plásticas.

**TABELA 6** – Valores das médias, desvio padrão, mediana e amplitude de variação dos escores obtidos na avaliação inicial dos sujeitos dos dois grupos (experimental e controle), nas produções plásticas. Goiânia - 2003

<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude de Variação</b>
Desenho	GA	35,8	7,0	36	26 - 46
	GB	49	6,1	50	37 - 57
Pintura	GA	36	7,4	37	20 - 45
	GB	47,1	6,3	48,5	32 - 54
Colagem	GA	28,4	7,7	27	13 - 36
	GB	38,5	4,3	37,5	34 - 49
Modelagem	GA	38,5	5,9	39	25 - 46
	GB	47,8	7,6	47,5	38 - 60
Construção	GA	31,6	8,3	32,5	19 - 47
	GB	41,3	7,1	40	34 - 58



Na Tabela 6 verifica-se diferença entre os dois grupos na produção plástica, sendo a média e medianas do grupo B (controle) superiores à do grupo A (experimental), na avaliação inicial.

A Tabela 7 mostra os valores dos escores obtidos na avaliação final dos sujeitos dos dois grupos (GA e GB), nas produções plásticas.

**TABELA 7** – Valores das médias, desvio padrão, mediana e amplitude de variação dos escores obtidos na avaliação final dos sujeitos dos dois grupos (experimental e controle) nas produções plásticas. Goiânia – 2003

<b>Avaliação Final</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude de Variação</b>
Desenho	GA	51,7	6,3	51,5	41 – 59
	GB	45,3	6,5	45	34 – 55
Pintura	GA	48,6	5,2	48	42 – 55
	GB	43,7	5,4	45	34 – 49
Colagem	GA	50,2	10,7	56	28 – 59
	GB	39,6	5,4	39,5	28 – 49

Modelagem	GA	50,4	5,2	51	44 – 57
	GB	48,1	6,5	49	38 – 56
Construção	GA	50	7,4	50	35 – 59
	GB	41	5,2	42	33 - 49

Analisando a Tabela 7, verifica-se menor diferença entre os dois grupos no desenvolvimento plástico, tendo a média e medianas do grupo A (experimental) apresentado praticamente o mesmo valor em relação ao grupo B (controle), quanto ao desenvolvimento gráfico, fases da perspectiva, colagem, modelagem e desenvolvimento da construção, na avaliação final.

O Quadro 8 mostra os resultados da comparação das produções plásticas entre os dois grupos A – experimental (GA) e B – controle (GB), nas avaliações inicial e final.

**QUADRO 8** – Comparação dos escores obtidos nas avaliações inicial e final dos grupos\* (experimental e controle), quanto às produções plásticas. Goiânia - 2003

Produção Plástica	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Desenho	GA < GB <sup>1</sup>	GA = GB
Pintura	GA < GB <sup>1</sup>	GA = GB
Colagem	GA < GB <sup>2</sup>	GA > GB <sup>3</sup>
Modelagem	GA < GB <sup>2</sup>	GA = GB

Construção	GA < GB <sup>2</sup>	GA > GB <sup>2</sup>
------------	----------------------	----------------------

\*Teste U de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975)

1 p = 0,002    2 p = 0,02    3 p = 0,05

GA (Grupo A - experimental): n = 09 e 10    GB (Grupo B – controle): n = 09 e 10

Com relação à avaliação das produções, observa-se que uma criança do grupo A (experimental) se negou a fazer a colagem, a modelagem e a construção, durante a avaliação final. Já no grupo B (controle) também uma outra se negou a realizar o desenho, durante as avaliações inicial e final.

As comparações entre os grupos evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas seguintes produções plásticas:

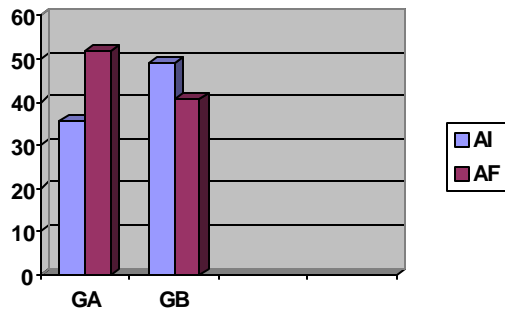
**Desenho:** os dados do Quadro 8 referem-se à observação do roteiro para avaliação do desenho da criança. Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) demonstraram diferenças estatísticas, se comparadas às do grupo A (experimental), com superioridade do nível principalmente na variedade da produção plástica, na policromia e por terem maior criatividade, complexidade e atividade. Os itens de imagens bem configuradas, simetria e unidade não evidenciaram diferenças significativas entre os grupos (Quadros 29 e 31, APÊNDICE T).

Na avaliação final das produções plásticas dos sujeitos, os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, especialmente quanto aos aspectos de variedade de produção plástica, simetria e regularidade. Já nos aspectos de imagens bem configuradas, complexidade e exatidão houve alteração, tendo o grupo A (experimental) superado o grupo B (controle) (Quadros 30 e 32, APÊNDICE T).

Verificou-se que as crianças do grupo A (experimental) melhoraram suas produções, pois estavam com nível mais baixo que as do grupo B (controle), e assim alcançaram-nas na avaliação final.

A Figura 15 indica o total de pontuação em cada categoria da produção plástica dos sujeitos tanto do grupo A – experimental (GA) como do B – controle (GB), nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

## Desenho



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
 GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

**Figura 15** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (desenho) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

A Figura 15 mostra que, na avaliação inicial, o grupo B (controle) apresentou um valor maior na produção do desenho que o grupo A (experimental), enquanto que, na avaliação final, os valores entre os mesmos ficaram mais próximos, com pouca diferença para menos no grupo B (controle) em relação ao outro grupo (GA). As ocorrências aumentaram seu valor na produção do desenho, da avaliação inicial para a final, ao passo que no grupo B (controle) aconteceu o contrário, pois houve diminuição do valor na avaliação final em relação à inicial.

**Pintura:** os dados do Quadro 8 referem-se à observação do roteiro para avaliação da pintura da criança. Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) apresentaram produções qualitativamente superiores às do A (experimental), principalmente em relação à variedade na produção plástica, à policromia, maior criatividade, simetria, complexidade e exatidão das imagens. Os itens de imagem bem configurada, simetria e unidade não evidenciaram alterações entre os dois grupos (Quadro 33 e 35, APÊNDICE T).

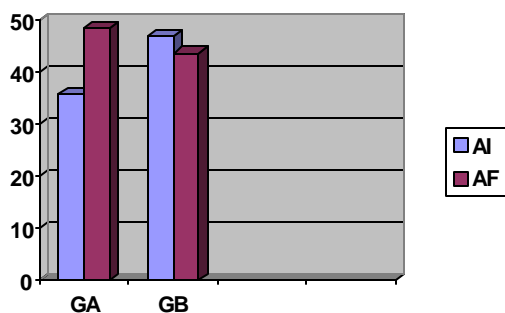
Na avaliação final, não se verificaram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (A e B), especialmente quanto aos aspectos de variedade de produção, criatividade, regularidade e unidade. Já nos aspectos de variedade de policromia, atividade e profundidade houve alterações entre os mesmos,

tendo o grupo A (experimental) se mostrado superior ao B (controle) (Quadros 34 e 36, APÊNDICE T).

Estes resultados mostraram que as crianças do grupo A (experimental) melhoraram suas produções de pintura, pois estavam com nível mais baixo que as do grupo B (controle), e assim alcançaram-nas na avaliação final.

A Figura 16 apresenta o total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, na produção da pintura dos sujeitos do grupo A – experimental (GA) e B – controle (GB).

### Pintura



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

**Figura 16** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (pintura) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

A Figura 16 mostra que, na avaliação inicial, as categorias relacionadas às produções de pintura dos sujeitos do grupo B (controle) indicaram maior valor que os do grupo A (experimental), porém elas ficaram uniformes na avaliação final. Assim, na avaliação final, as ocorrências das categorias referentes à produção da pintura no grupo A (experimental) tiveram valor aumentado, embora não mostrassem alterações significativas no grupo B (controle).

**Colagem:** os dados do Quadro 8 referem-se à observação do roteiro para avaliação da colagem da criança. Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle)

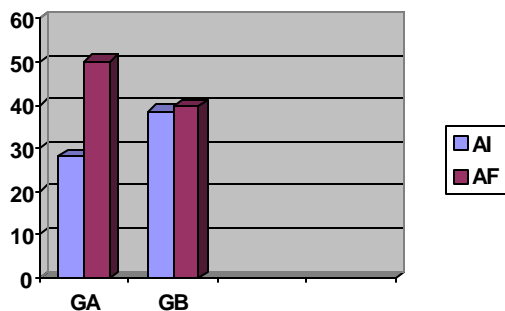
apresentaram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental), principalmente em relação à variedade na produção plástica, imagens melhor configuradas, criatividade, simetria, complexidade, equilíbrio e atividade. Os itens de monocromia, regularidade, exatidão e planura exibiram poucas alterações entre os grupos (Quadros 37 e 39, APÊNDICE T).

Na avaliação final, não se verificou alteração estatística significativa entre os grupos (A e B), tendo o grupo A (experimental) se mostrado superior ao B (controle), especialmente quanto aos aspectos de policromia, criatividade, simetria, exatidão das imagens e profundidade. Porém, nos aspectos referentes à variedade de produção, regularidade, unidade e atividade constatarem-se poucas alterações entre eles (Quadros 38 e 40, APÊNDICE T).

Verificou-se que as crianças do grupo A (experimental) melhoraram bastante suas produções de colagem, pois estavam com um nível inferior ao das crianças do grupo B (controle) e superaram este na avaliação final.

Na Figura 17 verifica-se o total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final, nas produções da colagem dos sujeitos do grupo A – experimental (GA) e B – controle (GB).

### Colagem



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
GA: Grupo A – experimental    GB: Grupo B - controle

**Figura 17** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (colagem) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

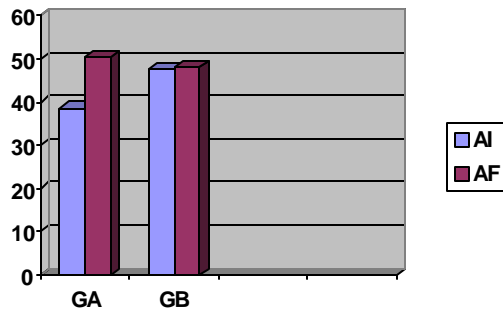
A Figura 17 mostra que os sujeitos do grupo B (controle) exibiram maior valor nas produções de colagem do que os do grupo A (experimental), na avaliação inicial e menor valor na avaliação final. Evidenciou-se, também, que o grupo A (experimental) apresentou aumento do valor na avaliação inicial, enquanto o B (controle) demonstrou uniformidade.

**Modelagem:** os dados do Quadro 8 referem-se à observação do roteiro para avaliação da modelagem da criança. Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) apresentaram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental), principalmente em relação à maior policromia, criatividade, exatidão das imagens e profundidade. Os itens de regularidade e unidade evidenciaram poucas alterações entre os grupos - A e B (Quadros 41 e 43, APÊNDICE T).

Na avaliação final, não se verificaram diferenças entre os grupos (A e B), especialmente quanto à estabilidade dos aspectos de imagens bem configuradas, criatividade, simetria, regularidade, unidade, equilíbrio, atividade, exatidão e profundidade. Porém, na categoria de policromia, o grupo A (experimental) superou o grupo B (controle) na avaliação final (Quadros 42 e 44, APÊNDICE T). Observa-se que as crianças do grupo A (experimental) melhoraram suas produções de modelagem, pois estavam com um nível inferior ao das crianças do grupo B (controle) e alcançaram-nas na avaliação final.

O total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final nas produções da modelagem dos grupos A – experimental (GA) e B – controle (GB) está representado na Figura 18.

### **Modelagem**



AI: Avaliação Inicial      AF: Avaliação Final  
 GA: Grupo A – experimental      GB: Grupo B - controle

**Figura 18** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (modelagem) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

Na Figura 18 verifica-se que a maioria dos sujeitos do grupo B (controle) valorizou mais as produções da modelagem do que os do grupo A (experimental), na avaliação inicial, tendo, na avaliação final, os dois grupos apresentado uniformidade de valor. O grupo A (experimental) indicou aumento do valor na avaliação final, porém o B (controle) não evidenciou alterações entre as duas avaliações.

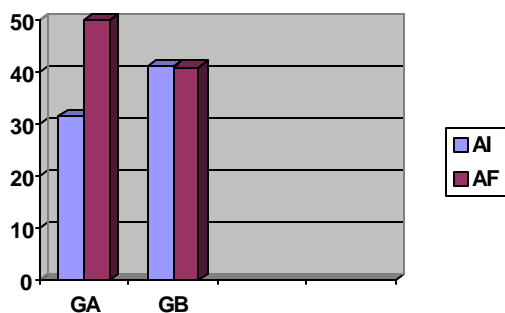
**Construção:** os dados do Quadro 8 referem-se à observação do roteiro para avaliação da construção da criança. Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) evidenciaram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental), principalmente em relação a imagens melhor configuradas, criatividade e regularidade. Os itens de monocromia, unidade, equilíbrio e atividade não evidenciaram diferenças entre os dois grupos (Quadros 45 e 47, APÊNDICE T).

Na avaliação final, verificaram-se diferenças entre os mesmos, tendo o grupo A (experimental) se tornado superior ao B (controle), especialmente quanto aos aspectos de variedade na produção plástica, policromia, complexidade e atividade. No aspecto referente ao equilíbrio constataram-se poucas alterações entre os dois grupos (Quadros 46 e 48, APÊNDICE T). Assim, verificou-se que as crianças do grupo A (experimental) melhoraram suas produções na modalidade de construção, uma vez que estavam com um nível inferior às do grupo B (controle) superando este na avaliação final.



A Figura 19 mostra o total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final de produções da construção dos sujeitos pertencentes ao grupo A – experimental (GA) e B - controle (GB).

### Construção



**AI:** Avaliação Inicial                      **AF:** Avaliação Final  
**GA:** Grupo A – experimental      **GB:** Grupo B - controle

**Figura 19** – Total de pontuação obtido nas avaliações inicial e final da produção plástica (construção) das crianças dos grupos A (experimental) e B (controle)

Na Figura 19 constata-se que o grupo B (controle) apresentou valor maior do que o do grupo A (experimental), durante a avaliação inicial, mas menor na final, demonstrando, este último, aumento também no valor das produções da construção, na avaliação final, enquanto o valor do grupo B (controle) permaneceu o mesmo nas duas avaliações.

De modo geral, as comparações entre os grupos A (experimental) e B (controle), no que diz respeito aos resultados de avaliação dos produtos nas avaliações iniciais, mostraram diferenças estatisticamente significativas, em todos os níveis da avaliação do comportamento, tendo o grupo B (controle) apresentado níveis mais altos na inicial.

Já as comparações dos resultados entre os grupos (A e B) nas avaliações finais não apresentaram diferenças significativas, com exceção da colagem e da construção. Porém, em todos os itens dos produtos, as crianças do grupo A (experimental) apresentaram progresso.

As variações observadas entre os diferentes testes estatísticos parecem próximas do nível operante dos grupos (A e B) e das avaliações inicial e final.

Com a intenção de se verificar a existência ou não de diferenças no produto entre as avaliações inicial e final de cada grupo, separadamente, realizaram-se comparações utilizando-se o Teste T de Wilcoxon. Apresentar-se-ão os resultados obtidos nas cinco modalidades comparando, separadamente, os grupos A (experimental) e B (controle) no Quadro 9.

**QUADRO 9 – Comparação intragrupal\* dos escores obtidos nas avaliações inicial e final, com relação à produção plástica. Goiânia - 2003**

<b>Produção Plástica</b>	<b>GA</b>	<b>GB</b>
Desenho	AI < AF <sup>1</sup>	AI > AF <sup>2</sup>
Pintura	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Colagem	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Modelagem	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF
Construção	AI < AF <sup>1</sup>	AI = AF

\*Teste T de Wilcoxon (SIEGEL, 1975)

<sup>1</sup> p < 0,01    <sup>2</sup> p < 0,05

GA (Grupo A - experimental): n = 09 e 10    GB (Grupo B – controle): n = 09 e 10

No que se refere ao **desenho**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, tendo as comparações entre os escores obtidos nas avaliações inicial e final apresentado diferenças estatisticamente significantes. Do ponto de vista qualitativo, o que variou foram, sobretudo, os aspectos relacionados à variedade da produção plástica, policromia, criatividade, complexidade e atividade dos trabalhos. Obteve-se pouca variação de simetria, configuração das imagens, regularidade e unidade, de uma avaliação para outra (Quadros 29 e 30, APÊNDICE T).

O grupo B (controle), na avaliação final, demonstrou retrocesso estatisticamente significativo em relação à avaliação inicial, pelo empobrecimento da produção gráfica, monocromia, simplicidade, menor atividade e planura das produções

gráficas. Quanto aos aspectos configuração das imagens, criatividade, simetria, regularidade, unidade e equilíbrio, estes não apresentaram significação estatística (Quadros 31 e 32, APÊNDICE T).

No que se refere à **pintura**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, tendo, na avaliação final, demonstrado diferenças estatisticamente superiores em relação à avaliação inicial, sobretudo nos aspectos relacionados à policromia, atividade e exatidão dos trabalhos. As categorias que obtiveram menos alterações foram: variação na produção, configuração das imagens e regularidade (Quadros 33 e 34, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), este não mostrou modificação significativa nos dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente pela estabilidade nos aspectos de configuração das imagens, criatividade, simetria, regularidade, unidade, equilíbrio, atividade e exatidão as imagens. As categorias que sofreram um pequeno retrocesso foram as relacionadas às variedades de produção, complexidades e profundidades (Quadros 35 e 36, APÊNDICE T).

Na **colagem**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, tendo, na avaliação final, demonstrado diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo nos aspectos relacionados à policromia, criatividade, complexidade e atividade dos trabalhos e as categorias que apresentaram mais uniformidade foram as relacionadas à regularidade e unidade (Quadros 37 e 38, APÊNDICE T).

Quanto ao grupo B (controle), nele não se constatou modificação significativa entre os dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente pela estabilidade nos aspectos de variedade na produção, configuração das imagens, regularidade, unidade, exatidão das imagens e profundidade das produções. As categorias que diminuíram um pouco suas freqüências foram as relacionadas à simetria e as que aumentaram suas respostas foram as categorias de complexidade e atividade (Quadros 39 e 40, APÊNDICE T).

No que se refere à **modelagem**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, tendo na avaliação final demonstrado diferenças estatisticamente superiores à avaliação inicial, sobretudo nos aspectos relacionados à variedade de produção,

policromia, criatividade, complexidade e atividade dos trabalhos. Mostraram estabilidade os aspectos de simetria e unidade (Quadros 41 e 42, APÊNDICE T).

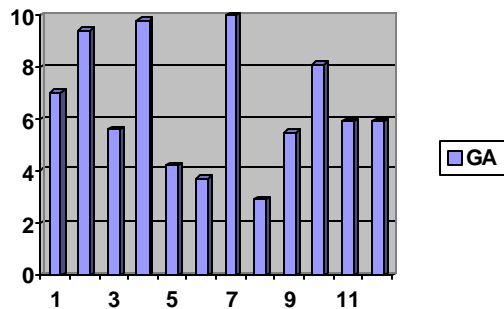
Quanto ao grupo B (controle), nele não se constatou modificação significativa entre os dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente pela estabilidade nos aspectos de variedade na produção plástica, configuração das imagens, criatividade, regularidade, complexidade, unidade e equilíbrio. Porém, apresentou um pequeno aumento nas frequências de atividade, e diminuição nos aspectos de policromia e exatidão das imagens (Quadros 43 e 44, APÊNDICE T).

No que se refere à **construção**, o grupo A (experimental) apresentou progresso, sendo sua avaliação final superior à inicial, sobretudo nos aspectos relacionados à variedade na produção, policromia, melhor configuração das imagens, criatividade e complexidade dos trabalhos, porém este grupo registrou menos alteração na unidade (Quadros 45 e 46, APÊNDICE T).

No que concerne ao grupo B (controle), este não mostrou modificação significativa entre os dois momentos de avaliações (inicial e final), especialmente pela estabilidade nos aspectos de configuração das imagens, simetria, atividade, exatidão das imagens e profundidade. A categoria que obteve aumento na frequência foi a relacionada à criatividade, registrando-se pequeno retrocesso naquelas relacionadas à regularidade e unidade (Quadros 47 e 48, APÊNDICE T).

As categorias de produções plásticas apresentadas pelos sujeitos dos dois grupos podem também ser analisadas nas Figuras 15, 16, 17, 18 e 19, em razão de sua pontuação nas avaliações inicial e final, confirmando, assim, os dados obtidos no teste de Wilcoxon (Quadro 9).

A Figura 20 apresenta a média total dos escores obtida nas avaliações inicial e final das crianças do grupo A (experimental), no desenvolvimento das produções plásticas.



**Legenda:**

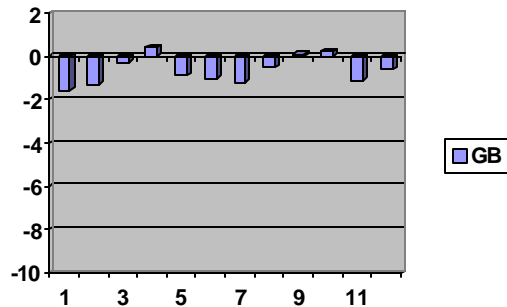
1 – Variedade na produção plástica; 2 – Cor; 3 – Configuração das imagens; 4 – Criatividade; 5 – Simetria; 6 – Regularidade; 7 – Complexidade; 8 – Unidade; 9 – Equilíbrio; 10 – Atividade; 11 – Exatidão das imagens; 12 – Profundidade

GA: Grupo A - experimental

**Figura 20** – Média total dos escores obtidos nas avaliações inicial e final das crianças do grupo A (experimental), no desenvolvimento das produções plásticas

Em suma, a comparação dos resultados das avaliações das produções do grupo A (experimental) foi estatisticamente e qualitativamente superior na avaliação final, comparada à avaliação inicial, e os itens das produções plásticas que melhoraram foram: introdução de maior variedade de elementos (nº1); trabalhos mais coloridos (nº2) e criativos (nº4); maior riqueza de detalhes – complexidade (nº7) e mais movimento - atividade nos elementos (nº10), como mostra a Figura 20. Dentre as categorias que menos sofreram alterações estão a simetria (nº5), regularidade (nº6) e unidade (nº8).

A Figura 21 apresenta a média total dos escores obtidos nas avaliações inicial e final das crianças do grupo B (controle), no desenvolvimento das produções plásticas.



**Legenda:**

1 – Variedade na produção plástica; 2 – Cor; 3 – Configuração das imagens; 4 – Criatividade; 5 – Simetria; 6 – Regularidade; 7 – Complexidade; 8 – Unidade; 9 – Equilíbrio; 10 – Atividade; 11 – Exatidão das imagens; 12 – Profundidade

GB: Grupo B - controle

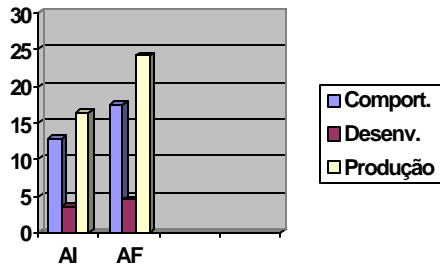
**Figura 21** – Média total dos escores obtidos nas avaliações inicial e final dos sujeitos do grupo B (controle), no desenvolvimento das produções plásticas

A Figura 21 mostra a comparação dos resultados das avaliações das produções do grupo B (controle), os quais mantiveram uniformidade estatística e de qualidade, na avaliação final. Quanto aos itens que pioraram em relação às produções plásticas, citam-se: menores variedades de elementos (nº1); trabalhos menos coloridos (nº2); menor riqueza de detalhes – complexidade (nº7) e menor exatidão das imagens (nº11). As categorias que menos sofreram alterações foram: a configuração das imagens (nº3), equilíbrio (nº6) e atividade (nº8).

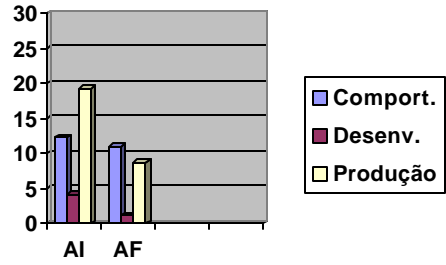
#### 5.4 – Avaliação Geral

A Figura 22 mostra o desempenho de cada sujeito do grupo A (experimental) na emissão de comportamentos, desenvolvimento e produção plástica, nas avaliações inicial (AI) e final (AF).

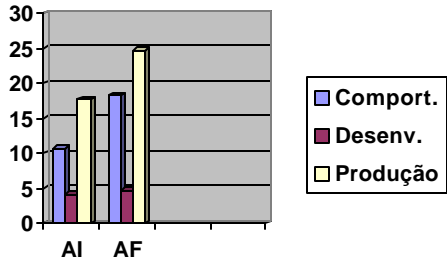
**Criança Experimental1(Gilson\*)**



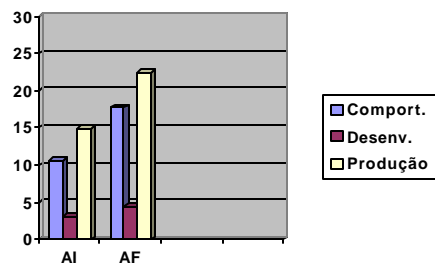
**Criança Experimental2 (Lara\*)**



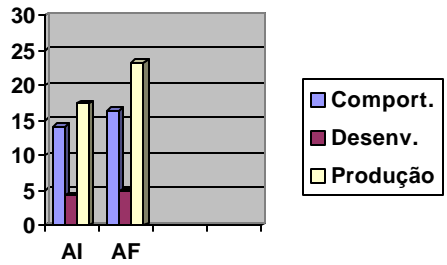
**Criança Experimental3 (Tamar\*)**



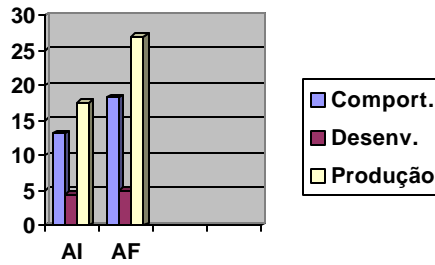
**Criança Experimental4 (Raquel\*)**



**Criança Experimental5 (Délcio\*)**



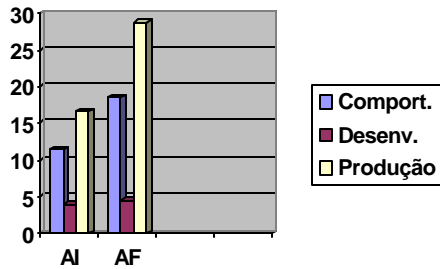
**Criança Experimental6 (Taísa\*)**



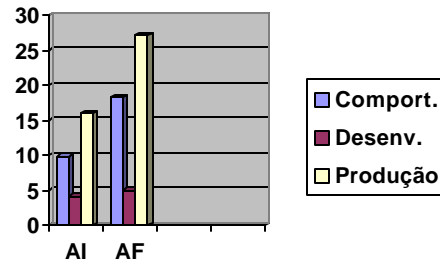
\_\_\_\_\_ Continua ...

Continuação ...

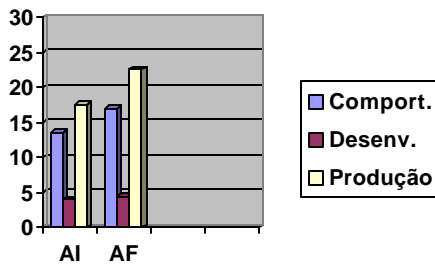
**Criança Experimental7 (Vera\*)**



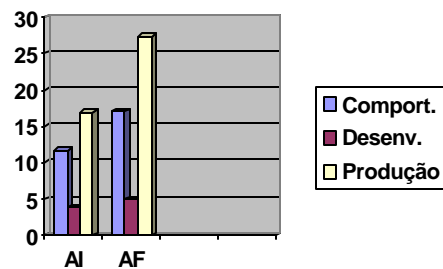
**Criança Experimental8 (George\*)**



**Criança Experimental9 (Álvaro\*)**



**Criança Experimental10 (Alberto\*)**



**Legenda:**

Comport.: Comportamento dos sujeitos; Desenv.: desenvolvimento plástico; Produção: produção plástica

AI: Avaliação inicial; AF: Avaliação final

\*Nomes fictícios

**Figura 22** – Escores médios obtidos nas avaliações inicial e final das avaliações comportamentais, do desenvolvimento e produção plástica, de cada sujeito do grupo A (experimental)

**Comportamento:** os dados da Figura 22 indicam que a maioria dos sujeitos aumentou significativamente a pontuação de comportamentos na avaliação final. Apenas a criança Lara (nº2) mostrou redução da frequência na pontuação de comportamentos na avaliação final, enquanto Tamar (nº3), Raquel (nº4), Vera (nº7) e George (nº8)



mostraram aumento bastante expressivo nesta mesma avaliação. Estes mesmos dados identificam que não houve uniformidade entre as frequências de pontuação dos sujeitos, durante as avaliações inicial e final.

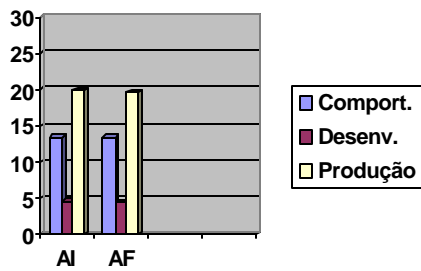
**Desenvolvimento plástico:** os dados da Figura 22 evidenciam que a maioria dos sujeitos apresentou pouco aumento na pontuação de desenvolvimento plástico, nas avaliações finais. Apenas a criança Lara (nº2) demonstrou redução da frequência na pontuação de desenvolvimento plástico na avaliação final, enquanto Tamar (nº3) registrou pontuação semelhante da avaliação inicial para a final. Também constata-se que houve uma certa semelhança no padrão de emissão do desenvolvimento plástico entre os sujeitos, durante as avaliações inicial e final.

**Produções plásticas:** constata-se que os dados da Figura 22 consideram um aumento da pontuação das produções plásticas na avaliação final. Apenas a criança Lara (nº2) demonstrou redução da frequência na ocorrência das produções, por ter se negado a realizar três produções. Já as crianças Gilson (nº1), Taísa (nº6), Vera (nº7), George (nº8) e Alberto (nº10) mostraram uma melhora substancial na avaliação final. Os dados também evidenciaram certa uniformidade entre as frequências de pontuação dos sujeitos durante as avaliações iniciais, à exceção de Lara (nº2), que tinha frequência pouco mais elevada que os demais. Assim, não se obteve uniformidade de pontuação na avaliação final.

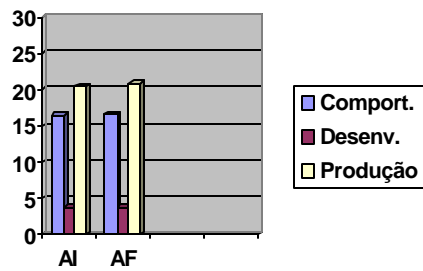
Os dados da Figura 22 indicam que, no geral, os sujeitos o grupo A (experimental) melhoraram suas frequências de pontuação da avaliação inicial para final, sendo possível inferir que isso ocorreu devido às intervenções propostas, indicando que significa que as técnicas utilizadas nas intervenções de arteterapia podem promover um desempenho de comportamentos, desenvolvimento e produção plástica mais refinado. Algumas categorias dos comportamentos e das produções plásticas ou etapas de desenvolvimento plástico mostraram-se mais significativas do que outras, no processo; entretanto, detectou-se que uma criança não conseguiu progredir, mesmo após as intervenções de arteterapia.

A Figura 23 mostra o desempenho individual relacionado à emissão de comportamentos, desenvolvimento e produção plástica, de cada sujeito do grupo B (controle), durante as avaliações inicial (AI) e final (AF).

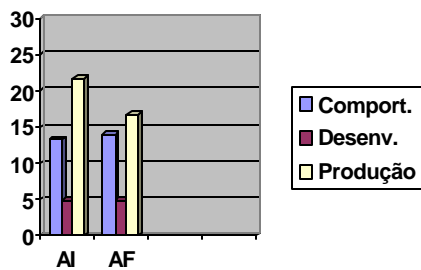
**Criança Controle1 (Daniel\*)**



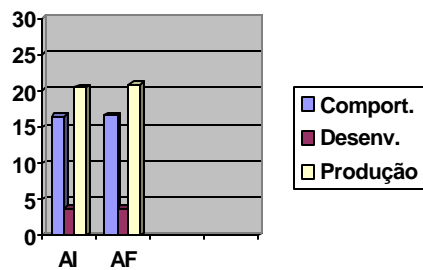
**Criança Controle2 (Nélio\*)**



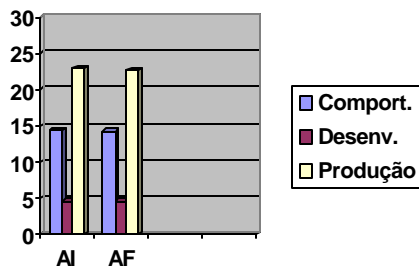
**Criança Controle3 (Joana\*)**



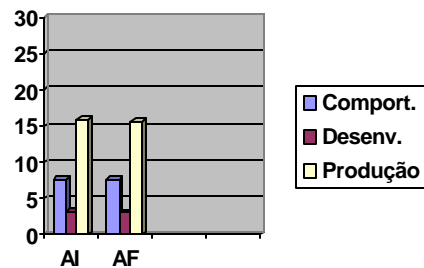
**Criança Controle4 (Bruna\*)**



**Criança Controle5 (Tereza\*)**



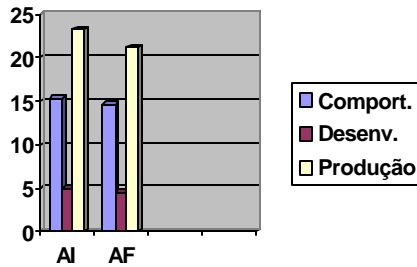
**Criança Controle6 (Rui)**



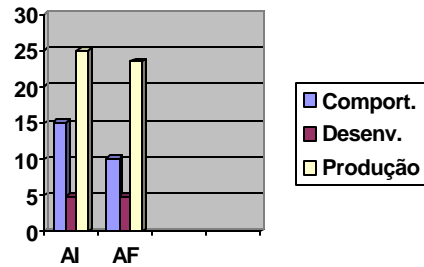
\_\_\_\_\_ Continua ...

\_\_\_\_\_ Continuação ...

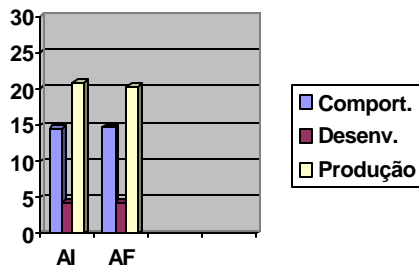
**Criança Controle7 (Lucas\*)**



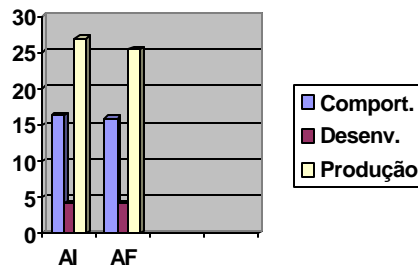
**Criança Controle8 (Túlio\*)**



**Criança Controle9 (Carla\*)**



**Criança Controle10 (Telma\*)**



**Legenda:**

Comport.: Comportamento dos sujeitos; Desenv.: desenvolvimento plástico; Produção: produção plástica

AI: Avaliação inicial; AF: Avaliação final

\* Nomes fictícios

**Figura 23** – Escores médios obtidos nas avaliações inicial e final das avaliações comportamentais, de desenvolvimento e produção plástica, de cada sujeito do grupo B (controle)

**Comportamento:** constata-se, através dos dados da Figura 23, que o número de pontuação das categorias de comportamento dos sujeitos, nas avaliações inicial e final, foi aproximado. Apenas uma criança, Túlio (nº8), mostrou redução da frequência na pontuação de comportamentos na avaliação final, ao contrário de Joana (nº3) que demonstrou um aumento sutil na avaliação final. Os dados também indicam que não

houve uniformidade nas frequências de pontuação entre os sujeitos, nas avaliações inicial e final.

**Desenvolvimento plástico:** os dados da Figura 23 evidenciam que a maioria dos sujeitos apresentou semelhança da pontuação de desenvolvimento plástico nas avaliações inicial e final, e que houve uma certa semelhança no padrão de emissão do desenvolvimento plástico entre os mesmos, nas avaliações inicial e final.

**Produções plásticas:** constata-se na Figura 23, que os dados indicam uniformidade de pontuação das produções plásticas nas avaliações inicial e final. As crianças Joana (nº3), Lucas (nº7), Túlio (nº8) e Telma (nº10) mostraram redução da frequência na pontuação das produções. Observa-se, também, que não houve uniformidade entre as pontuações dos sujeitos, nas avaliações iniciais.

Assim, verifica-se que a pontuação de algumas categorias de comportamento, desenvolvimento e produções plásticas dos sujeitos do grupo B (controle), mostradas na Figura 23, tiveram aumento, outras se estabilizaram, enquanto algumas diminuíram, indicando que não houve uniformidade na pontuação das categorias dos sujeitos do grupo B (controle), nas avaliações finais. O desempenho sem intervenção indicou certa instabilidade no processo, pois algumas crianças pioraram seu desempenho, enquanto outras o mantiveram. Observou-se, ainda, pequena melhora na qualidade das respostas dos sujeitos, na avaliação final, mesmo que estes não tivessem participado das intervenções de arteterapia.

## 6 – DISCUSSÃO

Dentro da compreensão de que a arteterapia altera a vida de crianças hospitalizadas, o presente estudo procurou compreender a qualidade do desempenho da criança durante as avaliações inicial e final e, assim, obter os efeitos de sua utilização com crianças hospitalizadas.

Adotou-se o recurso metodológico da pesquisa quantitativa, com desenho quase-experimental, para desenvolver o objetivo proposto, o que favoreceu a verificação de variáveis associadas ao comportamento, ao desenvolvimento plástico infantil nos níveis bidimensionais (gráfico, perspectiva, pintura, colagem e recorte) e tridimensionais (modelagem e construção) e às imagens das produções artísticas das crianças, após intervenções de arteterapia.

No trabalho arteterapêutico, as transformações sucessivas são tão importantes como o resultado final (produções plásticas). Rubin (1984) coloca que, para se compreender o significado das mensagens expressas pelas crianças, é necessário saber o que e como observar; assim, faz-se necessário pesquisar os aspectos referentes aos comportamentos verbal e não-verbal, à interação da criança com as pessoas à sua volta, assim como a relação da criança com a tarefa realizada, com os materiais e o desenrolar do processo arteterapêutico e das produções (forma e conteúdo).

Driessnack (2002) destaca que o desenho, assim como outras modalidades expressivas, é uma expressão não-verbal da criança e revela seu próprio eu, suas ansiedades, atitudes e conflitos, quando ela, muitas vezes, não quer ou não consegue verbalizar.

Este é também um caminho possível de se trabalhar com crianças enfermas, pois a arte é um espaço em que se pode trabalhar com liberdade, isto é, livre de condicionamentos e preconceitos, não limitando o trabalho apenas a resultados estéticos, formais e nem a padrões culturais ou morais. Mesmo o que se considera estranho, feio ou desproporcional é acolhido no processo.

Pretende-se, neste momento, estabelecer um paralelo entre os resultados encontrados nesta pesquisa com os que a literatura oferece. Estes apresentar-se-ão separadamente e agrupados quanto ao comportamento, desenvolvimento plástico, produções plásticas e resultados gerais.

## 6.1 – Do Comportamento

### a) Em relação à arteterapeuta

As crianças do grupo B (controle) demonstraram estar mais tranqüilas, comunicativas e relaxadas, durante a avaliação inicial, do que as crianças do grupo A (experimental). Quanto à avaliação final, o grupo A (experimental) mostrou-se também mais tranqüilo, respeitoso, obediente, comunicativo, solícito, relaxado, independente e controlado, do que o grupo B (controle).

No que diz respeito à comparação dos resultados entre os grupos, pôde-se constatar que o grupo A (experimental) apresentou pontuação maior em relação ao comportamento, na avaliação final. Contudo, o grupo B (controle) mostrou escores semelhantes na emissão de comportamento nas duas avaliações (iniciais e finais).

A diferença entre os grupos, na avaliação inicial, justifica-se, em parte, pelo fato de as crianças do grupo B (controle) estarem em estado de saúde mais preservado que as do grupo A (experimental), com um quadro de doenças menos agudas, ou seja, estado geral melhor, enquanto que, coincidentemente, entre as crianças do grupo A (experimental) havia mais casos de meningite. Predominaram, ainda, neste grupo (A) as meningites bacterianas e no grupo B (controle), as viróticas (normalmente menos graves que as primeiras).

As crianças do grupo A (experimental) contraíram, além das meningites bacterianas agudas, calazar, tuberculose, malária e mal de Hansen reacional, enquanto as do grupo B (controle) apresentaram, além das meningites, acidente ofídico, febre de origem obscura, tuberculose, endocardite bacteriana e pênfigo foliáceo.

Entretanto, o grupo A (experimental), após as intervenções de arteterapia, demonstrou progresso e superou o outro grupo. Observa-se, sobretudo, que as categorias tranquilidade, respeito, obediência, comunicação, solicitude, relaxamento, independência e controle, que progrediram no grupo A (experimental), são reações que exigem da criança maior envolvimento com outra pessoa, neste caso a arteterapeuta.

As crianças normalmente manifestam defesas cristalizadas, mas através da efetivação de vínculos essas defesas vão se desfazendo. Para Fernandes et al. (1995), a criança necessita perceber o suporte que existe na situação terapêutica para que, adquirindo confiança, possa relaxar e deixar-se envolver.

Os dados desta pesquisa vão ao encontro da concepção de que a intervenção em arteterapia funciona como um momento de descontração e alívio de estresse. Conforme apontado por Urrutigaray (2003), a arteterapia serve como calmante ou tranquilizador, sendo uma medida preventiva ao embotamento psíquico, agindo também como facilitador de competências para a noção de aquisição de esquemas de vida diária.

Soares (2002), pesquisando os efeitos de um Programa de Atividades (que incluía a leitura, a estimulação, o relaxamento e a fantasia) sobre o repertório comportamental de crianças, constatou que, a partir das atividades citadas acima, as crianças do grupo de adesão emitiram comportamentos que facilitaram a execução do procedimento médico de inalação, em relação ao outro grupo que não teve acesso ao Programa. Os resultados dessa pesquisa corroboram os efeitos positivos do comportamento, obtidos nas intervenções de arteterapia. Tais resultados são coerentes, também, com as observações de Lindquist (1993a), para quem a ludoterapia oferece às crianças, qualquer que seja sua idade, atividades estimulantes, divertidas e enriquecedoras, trazendo-lhes, ao mesmo tempo, calma e segurança.

Segundo Amaral (2002), ao se propor um trabalho de arteterapia, existe a possibilidade de se organizar percepções, sentimentos e sensações. Além do que, a

descarga de tensão e o prazer de fazer arte constituem uma maneira menos invasiva de abordar essa clientela (CAMPOS, 1999).

Subsidiando esses dados, Pain & Jarreau (2001) argumentam que a atenção afetiva do arteterapeuta direciona-se à relação que cada pessoa estabelece com a manipulação do material, dos instrumentos e dos movimentos eficazes; assim, fora o resultado propriamente plástico, constatam-se o prazer do contato sensorial do sujeito com o material e a manifestação de seus gestos, que transformam suas ações.

Osório (1998) refere que o trabalho do arteterapeuta não se resume em adaptar as pessoas a uma situação dada, mas ajudá-las a perceber a situação, a saber como se sentem frente a ela e encontrar meios de transformá-la, num trabalho silencioso que se realiza de dentro para fora. A arte oferece uma possibilidade de ritualização, promove uma condição favorável para que a energia se movimente em favor da criação, da restauração da saúde, gerando um campo que se expande, movimentando outros.

#### **b) Em relação ao material**

Quanto à avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) apresentaram-se melhores que as do grupo A (experimental), em alguns aspectos (dinâmica, rapidez, interesse e participação). Entretanto, na avaliação final, os sujeitos do grupo A (experimental), após intervenções de arteterapia, estavam mais sossegados, reflexivos, aplicados, relaxados, dinâmicos, atentos, interessados, participativos, orientados e persistentes, que os do grupo B (controle).

Constatou-se que as crianças do grupo A (experimental) apresentaram mudanças, sobretudo quanto a se tornarem mais sossegadas, reflexivas, relaxadas, dinâmicas, rápidas, atentas e participativas, durante a realização das atividades de arteterapia. No que se refere à avaliação final do grupo B (controle), este teve seu repertório comportamental de entrada (avaliação inicial) mais parecido com seu repertório comportamental de saída (avaliação final).

Justifica-se, em parte, o melhor nível de comportamento do grupo B (controle) pelo estado de saúde mais preservado dos seus componentes, em relação ao grupo A (experimental), conforme citado no item anterior (a).



Amaral (2002) salienta a diferença positiva do grupo A (experimental), após intervenções de arteterapia, quando coloca que as oficinas de arte são espaços que propiciam alívio de tensões, por favorecem a expressão de seu momento de vida, facilitarem um encontro consigo mesmo e por ampliarem o contato com sua realidade.

Concordando com essas afirmações, Valladares et al. (2002) notaram que a arteterapia auxilia sobremaneira tanto na elaboração da auto-expressão do indivíduo, como na de conteúdos internos (sentimentos, emoções, lembranças etc) e alívio de tensões. Para Allessandrini (1999a), a expressão artística tende a ser extremamente importante e facilitadora na elaboração de conteúdos internos difíceis e delicados, geradores de conflitos.

Além destes autores, Philippini (2000) igualmente relata que, no contexto da expressão criativa que propicia a descoberta do significado de eventos psíquicos até então obscuros, amplia-se a possibilidade de estruturação da personalidade e constroem-se maneiras mais produtivas para a comunicação, interação e o “estar-no-mundo”.

No tocante à arte, Amaral (2002) diz-se convencido de que esta é um meio de expressão, comunicação e linguagem, pois além de ser terapêutica sob diversas formas, o simples fato de o indivíduo se expressar plasticamente já é uma catarse. Através da arte pode-se, também, aliviar a tensão e o estresse, como uma forma de dizer coisas que não seriam aceitas socialmente. A arteterapia, mais que uma profissão, é um compromisso com a vida, um resgate da saúde pela liberdade de expressão (OSÓRIO, 1997).

Ao mesmo tempo, Francisquetti (1995) acrescenta que a arte tornou-se uma forma apropriada para desenvolver na criança a independência, a curiosidade, a imaginação, a criatividade, a iniciativa e a liberdade.

### **c) Em relação à comunicação não-verbal**

Pode-se verificar que as crianças do grupo B (controle) mostraram escores mais altos, significando postura mais atenta, maior contato visual. Estavam mais sorridentes, seu nível de energia estava em alerta e tinham uma postura corporal mais voltada para a arteterapeuta. Todavia, na avaliação final, os sujeitos do grupo A

(experimental), após intervenções de arteterapia, superaram as crianças do grupo B (controle), quanto a estarem mais sorridentes e mais próximas.

Face ao exposto, o grupo A (experimental) demonstrou progresso, sendo que na avaliação final as crianças mostraram-se mais relaxadas e sorridentes, com nível de energia mais em alerta e aproximação interpessoal. Além disso, tiveram maior contato visual e postura corporal mais voltados à arteterapeuta, durante as atividades. Contudo, o grupo B (controle) na avaliação final não manifestou alterações estatisticamente significativas.

Justifica-se, em parte, o melhor quadro de comunicação não-verbal do grupo B (controle), pelo estado de saúde mais preservado dos seus componentes, em relação aos do grupo A (experimental). Porém observou-se que, após as intervenções de arteterapia, as crianças do grupo A (experimental) melhoraram seu desempenho.

A arteterapia com base junguiana, utilizando técnicas expressivas, contos, caixas de areia etc, é descrita por Diniz (2002) como facilitadora da tradução dos símbolos de sua polaridade orgânica para a abstrata, levando a pessoa a um processo de integração dos conteúdos emocionais e à individuação, reduzindo gradativamente a expressão patológica e provocando melhora em sua saúde geral.

A partir do momento em que o paciente passa a ser mais participativo, mais ativo, ele poderá obter uma qualidade de vida melhor, auxiliando, assim, seu sistema imunológico no combate ao câncer, por exemplo (AMARAL, 2002).

Frente a essa informação, Lindquist (1993a) descreve que se uma criança sente-se descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente muito mais fácil, mas também seu desenvolvimento e sua cura serão favorecidos. Nesse sentido, acrescenta Amaral (2002), a arte é facilitadora da percepção e conscientização de si mesmo, igualmente é uma maneira de aliviar angústias e sentimentos, tensão, estresse, favorecendo o aumento da auto-estima.

Dessa maneira, Tarso & Sans (1994) esclarecem que a sincronia da expressão, juntamente com o ato de concretizar o lúdico, gera contentamento por fazer o indivíduo externar o que ele sente por dentro. Ainda acrescenta Philippini (2000, p.23):

*“Em um dado momento, o ciclo da amplificação se completa e este momento é cercado de agradáveis sensações corporais, sentimentos de bem-estar e plenitude que, algumas vezes, são acompanhados de insight com a contextualização do símbolo no momento presente da vida do cliente. Esta contextualização poderá ser alcançada ou não, ao final do ciclo de trabalho expressivo. É possível que, algumas vezes, uma compreensão objetiva só possa ser alcançada muito tempo depois. No entanto, o processo e elaboração primária, pré-verbal, é produtivo terapeuticamente, mesmo quando ainda não passa pelo crivo da consciência”.*

Ferretti, apud Campos (1999), entende que através da linguagem verbal fica mais fácil filtrar, organizar, enfim, lidar com o conteúdo a ser expresso, mas que a arte mostra-se como um acesso mais fácil a certas emoções e conflitos. Como consequência, explica Ciornai (1998), a arteterapia permite mobilizar, facilitar e promover processos e expansão de consciência, que farão a transformação interior.

Conforme sugestão de Saad (1997/1998), a arteterapia valoriza os aspectos não-verbais como uma maneira de integrar e liberar o paciente emocionalmente através de comunicação, autodescoberta e autoconhecimento, possibilitando-lhe o equilíbrio e a maturidade, além de enriquecer a sua personalidade viabilizando conhecimentos e a estruturação de atitudes.

A arteterapia, portanto, é compreendida por Golineli (2002b) como uma profissão que permite desenvolver um autoconceito positivo, um respeito próprio, uma valorização pessoal, sendo primordial para mudar positivamente o desenvolvimento e o comportamento dos indivíduos.

## **6.2 – Do Desenvolvimento Plástico**

### **a) Em relação ao desenvolvimento gráfico**

A comparação entre grupos mostrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre eles. O desempenho das crianças dos dois grupos (A e B) oscilou entre a segunda fase de garatuja (nível abaixo de desenvolvimento esperado para a idade) e a etapa de realismo visual.

O grupo A (experimental) apresentou progresso, porque na avaliação final as diferenças alcançaram significância estatística e desempenhos mais adequados para a idade. Quanto ao grupo B (controle), não houve modificação significativa entre os dois momentos de avaliações (iniciais e finais). Quanto ao aspecto focalizado (desenvolvimento gráfico), as crianças demonstraram uma certa estabilidade no seu desempenho.

Observa-se que o nível de desenvolvimento estava aquém do esperado para idade, corrigindo-se possivelmente, o mesmo com as intervenções de arteterapia. Conforme apontado por Francisquetti (2000/2001), a arte ajuda a reduzir a confusão cognitiva da criança, concentrando sua atenção no uso de materiais empolgantes, repletos de magia, como: cores, formas, brilhos, texturas, papéis, lápis, tintas etc.

Allessandrini (1999a) acrescenta que a pessoa quando imagina, deduz, generaliza situações, raciocina, cria e modifica. Ela pode alcançar transformações no seu processo de desenvolvimento e descobre caminhos da cognição como forma de promover um aprendizado de melhor qualidade.

#### **b) Em relação às fases da perspectiva**

Tanto nas avaliações iniciais quanto nas finais, as crianças de ambos os grupos não demonstraram diferenças estatísticas entre si. Os níveis dos dois grupos (A e B) oscilaram, mostrando incompreensão completa da perspectiva (nível abaixo do esperado pela idade) até um começo de diferenciação dos pontos de vista.

No que se referem às fases da perspectiva, o grupo A (experimental) evidenciou progresso, tendo a avaliação final demonstrado diferenças estatisticamente superiores em relação à avaliação inicial, sobretudo porque o desenvolvimento oscilou entre incompreensão completa da perspectiva a um início de diferenciação dos pontos de vista, na avaliação inicial, ao passo que na avaliação final não se encontrou nenhum caso com incompreensão completa da perspectiva, atingindo-se níveis mais apropriados para a idade.

Quanto ao grupo B (controle), nele não se detectaram mudanças com significância estatística nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais), especialmente pela estabilidade no desempenho.

Verifica-se que o nível de desenvolvimento não apropriado à idade possivelmente tenha se modificado com as intervenções de arteterapia realizadas no grupo A (experimental), ao contrário do grupo B (controle), que permaneceu estável. Cabe salientar que estes dados são confirmados por Zimmermann (1997) e Pain & Jarreau (2001), quando expõem que a arteterapia é promotora de experiências reestruturantes e é muito eficaz no tratamento dos que sofrem de déficits de aprendizagem, ao longo do período de desenvolvimento infantil.

### **c) Em relação às fases da pintura**

Quanto à avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) demonstraram um nível de desenvolvimento na pintura superior ao do grupo A (experimental). Já na avaliação final, não encontrou-se demonstração significativa entre os dois grupos, pois as crianças do grupo A (experimental) melhoraram e conseguiram atingir pontuações mais altas, semelhantes às do grupo B (controle).

No que se refere às fases de pintura, o grupo A (experimental), após as intervenções da arteterapia, apresentou progresso, diferentemente do grupo B (controle), não se observando modificações estatísticas significativas nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais).

Como dado complementar aos resultados desta pesquisa, Campos (1999) considera a arteterapia uma profissão que desenvolve a capacidade motora, os gestos, ajuda a ativar a capacidade cognitiva, propiciando à criança uma nova forma de aprendizagem.

A arteterapia possibilita um processo de desenvolvimento contínuo, sempre influenciado pelas ocorrências do meio, além de ser um estímulo do meio que oferece oportunidades para o desenvolvimento. Caso não sejam estimulados pelo meio, algumas crianças podem apresentar bloqueio em uma ou mais áreas do desenvolvimento e,

muitas vezes, estas dificuldades acabam gerando prejuízos ao seu desenvolvimento global.

#### **d) Em relação às fases da colagem**

Tanto nas avaliações iniciais como nas finais, as crianças do grupo A (experimental) juntamente com as crianças de grupo B (controle) demonstraram níveis de desenvolvimento semelhantes, não apresentando modificações significativas nestas avaliações.

Com relação à estabilidade do desenvolvimento apresentada nas fases da colagem, esta justifica-se, em parte, porque é um processo que se refere a modificações na questão motora (motricidade da criança) e o curto tempo das intervenções de arteterapia dificulta a ocorrência dessas alterações.

#### **e) Em relação às fases do recorte a dedo**

Tanto nas avaliações iniciais como nas finais, as crianças do grupo A (experimental) juntamente com as crianças de grupo B (controle) atingiram níveis de desenvolvimento semelhantes e não houve nenhuma alteração de desempenho entre ambas, nestas avaliações.

Com relação à estabilidade do desenvolvimento apresentada nas fases do recorte a dedo, esta justifica-se, em parte, porque é um processo que se refere a modificações na questão motora (motricidade da criança) e o curto tempo das intervenções de arteterapia dificulta a ocorrência dessas alterações, como mencionou-se no item anterior (d).

#### **f) Em relação às fases do recorte com tesoura**

Tanto nas avaliações iniciais como nas finais, as crianças do grupo A (experimental) e as do grupo B (controle) obtiveram níveis de desenvolvimento semelhantes, não havendo qualquer alteração entre eles.

Com relação à estabilidade do desenvolvimento apresentada nas fases do recorte com tesoura, esta justifica-se, em parte, porque é um processo que se refere a

modificações na questão motora (motricidade da criança) e o curto tempo das intervenções de arteterapia dificulta a ocorrência dessas alterações, como mencionaram-se nos itens d e e.

#### **g) Em relação às fases da modelagem**

Tanto as crianças do grupo A (experimental) como as do grupo B (controle) apresentaram níveis semelhantes na avaliação inicial. No entanto, na avaliação final, as crianças do grupo A (experimental), na modelagem, demonstraram um nível de desenvolvimento superior, estatisticamente, em relação às do grupo B (controle).

O grupo A (experimental) mostrou progresso porque seus integrantes, na avaliação final, melhoraram em relação à avaliação inicial, sobretudo no item desenvolvimento. Na avaliação inicial, oscilaram os níveis das atividades: amassar, apertar, jogar e mexer com a massa (abaixo do esperado para a idade) como também as de formar figuras e objetos reconhecíveis. Porém, na avaliação final, a maioria das crianças deu atenção ao acabamento, além de confeccionar as figuras e objetos reconhecíveis.

Quanto ao grupo B (controle), este não expressou diferenças nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais), especialmente porque os sujeitos apresentaram estabilidade nos níveis de desenvolvimento, permanecendo grande parte na etapa de formação de figuras e objetos reconhecíveis.

Corroborando os dados da pesquisa de Francisquetti (2002), observou-se que a arteterapia possui condições de resgatar, através das atividades artísticas, o desenvolvimento cognitivo interrompido por uma doença.

Concorda-se, ainda, com Norgren (1995) quando refere que as crianças sempre buscam novas formas para descobrir o mundo e para se relacionarem consigo mesmas e com os outros, processo que favorece o contato com novas potencialidades e recursos, além de criar novas estruturas. Assim, o desenvolvimento é um processo de aprendizagem, no qual a criatividade (trabalhada na arteterapia) é muito importante, pois possibilita uma melhor integração da criança com seu meio, em todos os seus aspectos.

Na fase da modelagem verificaram-se mudanças nos desempenhos que podem ser explicadas, em parte, tendo em vista a qualidade da experiência do desenvolvimento da modelagem, que é mais concreta, reforçando o trabalho sensorial e motor, diferentemente das outras atividades, como o desenvolvimento gráfico, da perspectiva, da pintura e da construção, os quais exigem habilidades cognitivas, tais como: pensamentos mais elaborados e criativos.

#### **h) Em relação ao desenvolvimento da construção**

As crianças do grupo A (experimental), assim como as crianças do grupo B (controle), demonstraram estar no mesmo nível de desempenho na avaliação inicial, porém, na avaliação final, as crianças do grupo A (experimental) atingiram níveis mais altos, apresentando progresso; entretanto, as do grupo B (controle), nesta mesma avaliação, permaneceram com os mesmos escores da avaliação inicial.

Urrutigaray (2003) discute a mobilização da construção pessoal a partir da utilização de técnicas específicas da arteterapia, ficando a aprendizagem como resultado deste processo, tanto no desenvolvimento quanto nos comportamentos.

O processo de arteterapia estimula a criança a usar sua capacidade de selecionar, escolher, organizar e sintetizar, e espera-se, sobretudo, que ela aprenda a transpor esses processos para as suas vidas (NORGREN, 1995).

Dessa forma, conforme aponta Santos (2002), a criança aprende melhor quando sente prazer no que realiza, interagindo afetivamente, cognitivamente e socialmente.

### **6.3 – Das Produções Plásticas**

As crianças do grupo A (experimental), ao trabalharem as modalidades artísticas, executaram inúmeras produções de desenho, pintura, colagem, modelagem e construção, objetivando uma proposta terapêutica durante as intervenções de arteterapia. Ao contrário do grupo B (controle), as quais só realizaram as produções com o propósito de avaliação.



### **a) Em relação ao desenho**

Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) mostraram desempenho superior às do grupo A (experimental); entretanto, na avaliação final referente às produções plásticas dos sujeitos dos dois grupos não se constataram diferenças estatisticamente significantes.

Conclui-se, então, que o grupo A (experimental), após as intervenções de arteterapia, apresentou progresso, tendo as comparações entre os escores obtidos nas avaliações iniciais e finais mostrado diferenças estatisticamente significantes, enquanto o grupo B (controle) demonstrou índice inferior ao obtido na avaliação inicial.

Tais resultados apóiam-se na fundamentação teórica da modalidade do desenho, tendo em vista que este enfoque, amplamente trabalhado em sessões de arteterapia pelas crianças do grupo A (experimental), apresentou sua contribuição terapêutica de fato.

Para tratar desse assunto, as palavras de Francisquetti (1999/2000) explicam que a leitura dos desenhos sinaliza as palavras que as crianças não podem ou não conseguem dizer, uma vez que as aferências não-verbais se transformam em processo cognitivo, tão importantes na comparação de diferentes momentos que mostram tanto as mudanças externas, como também internas das crianças. Segundo Hawkins (2002), nos desenhos, as crianças expõem a si mesmas todo seu contexto social, suas percepções sobre o mundo, sua identidade e imaginação.

Ao desenhar, a criança expressa a si própria, suas características individuais e coletivas, sendo que afetividade, estilo, significação, pensamento, atenção, percepção e memória estão sempre juntos, pensamento que confirma as propostas de Lowenfeld & Brittain (1970), Mèredieu (1974), Moreira (1984), Derdyk (1994), Tarso & Sans (1994), Pillar (1996), Castro Neto (1997), Ferreira (1998), Cox (2000), Iavelberg (2003). Complementa Driessnack (2002), a esse respeito: o desenho pode contribuir sobremaneira para o desenvolvimento e avaliação emocional das crianças.

Assim, pode-se deduzir que o desenho é a manifestação de uma necessidade importante que as crianças devem conhecer, pois vai auxiliá-las a agirem sobre o mundo

e a se comunicarem com mundo. Ademais, essa atividade envolve um exercício mental, emocional e intelectual.

Os resultados desta análise estão de acordo com os dos trabalhos de Francisquetti (1999/2000), realizados com crianças com traumatismo crânioencefálico (TCE). Para este autor, os desenhos ajudam a reorganizar a estrutura interna das crianças e permitem construir uma realidade possível mais positiva. Isso também foi constatado neste estudo, pois as crianças do grupo A (experimental), que passaram por intervenções de arteterapia apresentaram melhora em suas produções gráficas, ao contrário do que ocorreu com as crianças de grupo B (controle), que apresentaram desempenho inferior na avaliação final.

Pressume-se que o desenho da criança varia de acordo com o ambiente em que ela vive ou está, juntamente com as oportunidades de ter acesso ou estímulo a materiais e atividades que permitam e incentivem sua expressão gráfica. Ao desenhar, a criança demonstra sentimentos como alegria ou tristeza; extravasa tensões, angústias, medos, agressividade; assim, ela relaxa e isso lhe faz bem e lhe dá prazer.

É oportuno salientar, conforme a experiência de Derdyk (1994), que uma das possíveis explicações para o progresso do grupo A, que passou pelas intervenções de arteterapia, e do retrocesso do grupo B (controle), esteja no ato de desenhar, atividade essencial ao ciclo inato de crescimento da criança. Similarmente, as condições para o seu pleno crescimento (emocional, psíquica, físico, cognitivo) não podem ser estáticas; por mais que a hospitalização cause uma ruptura no crescimento normal da criança, o desenho tem sua parcela favorável de contribuição nestes aspectos.

Os achados deste estudo confirmam os encontrados pelo autor acima, quando esclarece que se por um lado o ato de desenhar é instintivo, atendendo às necessidades motoras e energéticas, por outro lado são gestos adquiridos, aculturados e imitativos. Assim, faz-se necessário que o adulto (arteterapeuta) ofereça estímulo ao crescimento infantil, por meio da produção plástica.

### **b) Em relação à pintura**

Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) apresentaram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental), enquanto na avaliação final, não se verificaram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (A e B).

No tocante aos resultados anteriores, presume-se que o grupo A (experimental), após as intervenções de arteterapia, apresentou progresso, tendo a avaliação final mostrado desempenho superior em relação à avaliação inicial. Quanto ao grupo B (controle), este não mostrou modificação significativa nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais).

A pintura é compreendida por Francisquetti (1992) como uma atividade de caráter lúdico. Ela causa imensa satisfação na criança, sobretudo em razão da sensação de movimento do corpo e da percepção dos efeitos gráficos produzidos, proporcionando-lhe uma ampla liberdade para expressar seus sentimentos, favorecendo seu próprio envolvimento emocional. A autora ainda enfatiza que sentimentos e idéias também podem ser expressos pelas formas, cores e texturas.

Conseqüentemente, como foi exposto por Valladares et al. (2002), a pintura na arteterapia consegue resgatar os aspectos mais saudáveis da personalidade. Assim, a fluidez da tinta e sua função liberadora induzem o movimento de soltura, de expansão, trabalhando o relaxamento dos mecanismos defensivos de controle, uma vez que as cores quentes (amarelo, vermelho) ativas e dinâmicas aceleraram o metabolismo, enquanto que as cores frias (verde, azul), com a característica balsâmica, acalmam a pessoa (VALLADARES, 2001).

A experiência de Silveira (1981), trabalhando com doentes mentais, demonstra que estes podem utilizar a pintura como um verdadeiro instrumento para reorganizar a sua ordem interna e ao mesmo tempo reconstruir sua realidade.

### **c) Em relação à colagem**

Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) apresentaram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental). Porém, na

avaliação final, ambos os grupos (A e B) demonstraram significativa alteração no seu desempenho, tendo o grupo A (experimental) superado o grupo B (controle).

Conseqüentemente, o grupo A (experimental), após as intervenções arteterapêuticas, apresentou grande progresso, tendo mostrado na avaliação final desempenho superior em relação à avaliação inicial. Quanto ao grupo B (controle), este não manifestou modificação no desempenho nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais).

No que concerne ao efeito terapêutico da colagem, Philippini (2002) aduz que separar e juntar os cacos, reordená-los, descobrir outras significações, restaurar a unicidade e reviver a beleza presente nas novas ordenações, correspondem, subjetivamente, à vivência de cortes, rupturas, reparação e reorganização-estruturação.

A colagem, enfim, favorece a organização de estruturas pela junção e articulação de formas prontas, além de ser uma atividade de baixo custo, pois nela podem-se utilizar revistas de propaganda de medicamentos, sucatas diversas, retalhos de tecidos etc.

Do ponto de vista mental, Pain & Jarreau (2001) acrescentam que a colagem é uma atividade de análise e de síntese, com dupla ação terapêutica e pedagógica, reproduzindo de maneira metafórica as transformações da aventura de significar (de ser significante).

#### **e) Em relação à modelagem**

Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) demonstraram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental), porém, na avaliação final, não se verificaram diferenças entre os dois grupos (A e B).

O grupo A (experimental), após as intervenções de arteterapia, apresentou progresso, porém na avaliação final mostrou desempenho superior à avaliação inicial, diferentemente do grupo B (controle) que não evidenciou modificação significativa nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais).

Conforme Bozza (2001), a argila é recurso que vem sendo utilizado há anos, especialmente pela sua flexibilidade e maleabilidade, podendo ser empregada pelos

arteterapeutas com o objetivo de romper a armadura protetora que impede as pessoas de se aproximarem de seus sentimentos, facilitando a solução do que se busca. Para a autora, o trabalho com argila possibilita a projeção do inconsciente do cliente, que contém sonhos, fantasias, devaneios, medos e conflitos. A argila ainda auxilia a criança a se relacionar com sua problemática e com as pessoas que a rodeiam, pois a imagem representa é a comunicação do seu sintoma. A argila (modelagem) evidencia, então, a reorganização da percepção interior e a reconstrução da realidade exterior.

As propriedades inerentes da modelagem envolvem a flexibilidade e contato sensorial, os quais facilitam transformações da matéria e promovem mudanças internas (relaxamento, equilíbrio) na criança, e assim o seu exterior (comportamento) automaticamente se modifica.

#### **e) Em relação à construção**

Na avaliação inicial, as crianças do grupo B (controle) evidenciaram produções qualitativamente superiores às do grupo A (experimental). No entanto, na avaliação final, verificaram-se diferenças entre os grupos, tendo o desempenho das crianças do grupo A (experimental) se tornado superior ao do grupo B (controle).

Mediante os resultados anteriores, conclui-se que o grupo A (experimental) apresentou progresso, enquanto que o grupo B (controle) não registrou modificação significativa nos dois momentos de avaliações (iniciais e finais).

O momento da construção em arteterapia é fonte de prazer para a criança e é grande a contribuição que oferece para seu desenvolvimento. Conforme apontou Saad (1997/1998), a pessoa com a vivência de construção e de transformação sente-se apta e segura a dar forma, direção, movimento, à sua própria vida, o que se constitui num processo não só externo, mas também interno.

As intervenções de arteterapia, nas quais se utiliza a construção, possibilitam o compartilhar e o experimentar. Na construção edifica-se, estrutura-se, organiza-se e elabora-se atividades que requerem níveis mais bem elaborados do que as bidimensionais (desenho, pintura, colagem).

Ao mesmo tempo, como expõe Ajzenberg (1995), estes materiais têm potencial para despertar e mobilizar ações, enquanto a descoberta estimula a exploração, a imaginação, a fantasia, a realização; enfim, é a construção do mundo interior e do exterior, simultaneamente.

O prazer de ver na metamorfose de caixas e embalagens de medicamentos (sucata hospitalar) o surgimento de maquetes de cidades, castelos, casas, prédios, torres, apartamentos, hospitais, escolas, móveis (camas, mesas, escadas), árvores, ovos, carros, avião, ônibus e ponte, é enfim, a criação de objetos e personagens que habitam o mundo particular, real ou imaginário das crianças.

Constatou-se, então, que as crianças que passaram pelas intervenções de arteterapia (grupo A – experimental) e que foram trabalhadas com as modalidades plásticas, de forma terapêutica, tiveram suas produções modificadas e melhoradas. Ao contrário das crianças do outro grupo que, apesar de terem executado um desenho, uma pintura, uma colagem, uma modelagem e uma construção, não tinham objetivo de intervenção terapêutica, apresentaram resultados que não evidenciaram mudanças no seu desempenho.

Cabe salientar que a oferta de uma gama variada de expressão plástica (como desenho, pintura, colagem, modelagem e construção) às crianças, no decorrer desta pesquisa, permitiu que elas superassem as diferenças individuais no que tange às habilidades específicas (desempenho). Cada modalidade possui efeitos terapêuticos diversificados, potencialidades e limitações distintas, além de maneiras diferentes de utilização e manuseio, capazes de proporcionarem sentimentos e reações diferentes em cada criança.

Portanto, foi oportuno que a pesquisadora utilizasse essas diferentes modalidades com as crianças (que são únicas e singulares) para alcançar sentimentos e reações distintos também, atendendo, assim às mais diferentes crianças e reações, pois cada obra conta uma história diferente de vida de uma determinada criança, em momentos diferentes (avaliações inicial e final).

Pode-se inferir que as transformações das representações simbólicas configuradas pelas diferentes modalidades plásticas das crianças do grupo A (experimental) ocorreram a favor das intervenções de arteterapia.

Para Mèredieu (1974), Naumburg (1991), Norgren (1995), Ferreira (1998), Philippini (2000) e Leite & Luz (2002), seja na arte ou na arteterapia, os conteúdos do inconsciente são registrados através da produção simbólica (imagens), da cor, das formas, dos movimentos, da ocupação no suporte e dos padrões expressivos gerais, que acompanham um processo de transformação e que ganham consistência a partir da criação plástica.

Pressume-se, então, que os conteúdos das produções simbólicas (cores, profundidade, criatividade etc) ao serem analisados registravam os momentos afetivos das crianças, que, ao produzir imagens, estaria produzindo a si mesma, seu mundo físico (sensório-motor), mental (cognitivo), emocional, imaginação, o mundo das idéias, dos sonhos e da memória.

As imagens dos objetos de arte têm um significado real para a criança, porque representam e são o reflexo da vida intrapsíquica da criança (CASE & DALLEY, 1994).

Essas idéias vão ao encontro da argumentação de Urrutigaray (2003), para quem as imagens das produções, bem como as representações, não se constituem somente numa simples cópia psíquica da realidade externa; elas se colocam como produto de uma função imaginativa pertencente ao inconsciente, que se tornam conscientes. No entanto, quando se transformam, pela compreensão, em significado ou revelação, ocorre a integração. Continuando, a autora afirma que a arteterapia traz, como modalidade expressiva, a possibilidade de transformação de um ser, partindo de realizações concretas. A pessoa faz-se a si mesma, a partir da compreensão das dimensões simbólicas contidas nas suas representações.

Assim, acrescenta Silveira (1992), Jung percebeu nas produções plásticas a função imaginativa do inconsciente auto-retrato que está permeando o espaço interno da psique, sem quaisquer disfarces ou véus. Conseqüentemente, a energia psíquica faz-se imagem, transforma-se em imagem e sua significação torna-se clara.

Trabalhos plásticos que apresentam desenhos caóticos e até mesmo desmembramentos de corpos humanos, cabeças sem corpos, sem braços ou pernas, pobres em detalhes, traduzem de maneira específica o estado emocional desestruturado da personalidade do indivíduo.

Expressar emoções através de produções artísticas torna-se uma excelente forma de confrontar as imagens, pois o símbolo é o mecanismo psicológico que transforma a energia psíquica e torna a imagem viva (DINIZ, 2001). A autora ainda coloca que a arteterapia se utiliza da técnica expressiva para a amplificação (desenho, modelagem, pintura, dramatização, caixa de areia, entre outras), levando ao movimento de circunscrever o símbolo sem interpretá-lo, sem reduzi-lo, mas, ao contrário, amplificando-o.

As produções representam as imagens (imaginadas e criadas), com o poder de transformação. Embora o processo de produção seja pouco mediado por verbalizações, entende-se que, quando as imagens se transformam, o mesmo ocorre com o processo psíquico da criança, tanto é que os comportamentos das participantes dos dois grupos (A e B) também se modificaram, bem como as novas imagens configuradas na avaliação final.

Philippini (1998) constatou que a palavra, muitas vezes, só será usada pela criança com adequação, semanas, meses ou até após anos, quando a energia psíquica tiver percorrido a distância que divide os processos psíquicos primários dos secundários de elaboração simbólica.

Urrutigaray (2003) acrescenta que é fundamental para a arteterapia obter reações provocadas pelo uso das modalidades artísticas, assim como confrontar as polaridades opostas (consciência e inconsciente),



possibilitando a integração de ambas, e assim, por meio das produções, se configura o processo de transformação.

A comparação dos resultados das avaliações do grupo A (experimental) em relação às produções em geral (desenho, pintura, colagem, modelagem e construção) foi qualitativamente superior à avaliação final, se comparado à avaliação inicial, sendo que os **itens que mais melhoraram** nas produções plásticas foram: introdução de maior variedade de elementos (nº1); trabalhos mais coloridos (nº2) e criativos (nº4); maior riqueza de detalhes – complexidade (nº7) e mais movimento - atividade nos elementos (nº10).

A obra (produção plástica) para ser compreendida passa tanto por uma análise da representação formal (estética, organização, composição: linhas, cores, tons, textura, formas) como contextual (idéia, sentimento, emoções).

Os títulos dados às obras facilitaram a transmissão da intenção da mensagem, por isso o preenchimento dos instrumentos de avaliação das produções plásticas teve papel importante, pois ao serem analisados pode ser verificado se os mesmos estavam em acordo ou em ruptura com as próprias representações.

Após a conclusão dos trabalhos plásticos, identificou-se o resultado final por meio de uma análise formal da composição, a qual exprimiu o aspecto contextual, conforme evidenciaram as modificações comportamentais das crianças que passaram pelas intervenções em arteterapia.

A seguir, justificar-se-ão algumas características formais das produções plásticas relacionadas com o contextual.

A maior variedade na produção expressiva ocorreu com o grupo A (experimental). Segundo Alessandrini (1999a), a arteterapia possibilita que as crianças descubram suas potencialidades e ampliem seu repertório e seu universo pessoal, recontextualizando antigos bloqueios que se desmancham e que adquirem novos significados. A mesma autora complementa que o exercício da criatividade (embutido na variedade expressiva) e a melhoria da auto-estima, advindos do processo de arteterapia, favorecem a configuração de novas tentativas.

Da mesma forma, Rode (1996), a partir de suas experiências nos hospitais pediátricos nos EUA, descreve que o arteterapeuta é um dos profissionais mais capacitados para encorajar as expressões do imaginário da criança, sendo seu grande papel, no contexto da doença pediátrica e dos cuidados da saúde, direcionar esta necessidade, para engajar e preservar a imaginação da criança fisicamente doente.

Após realizar uma variedade ampla de expressão plástica, pode-se inferir que houve mudanças no mundo interno das crianças, portanto a variedade expressiva que se mostra ao mundo real é constituída de elaborações cognitivas, afetivas e sociais das crianças, que pertencem ao seu mundo interno.

A esse respeito, Ferraz & Fusari (1999) entendem que a atividade imaginativa é uma atividade criadora por excelência, pois resulta da reformulação de experiências vivenciadas e da combinação de elementos do mundo real; a imaginação se constitui, enfim, de novas imagens, idéias e conceitos, que vinculam a fantasia à realidade.

Após as intervenções de arteterapia, observou-se o aparecimento de trabalhos que apresentavam uma diversidade cromática mais intensa, o que pode estar relacionado com os sinais de alegria apresentados pelas crianças do grupo A (experimental), na avaliação final. O prazer de manipular cores, formas, texturas, materiais, brilhos etc, altera o mundo interior das crianças, trazendo alegria a suas vidas, expressa também em seus trabalhos artísticos.

Neste sentido, Pain & Jarreau (2001) mencionam que a cor está relacionada com a sensação; ela provoca a sensibilidade e a intuição, traduz a emoção e é a qualidade do objeto.

Segundo estes autores, as cores são fundamentais no processo de arteterapia, pois elas possuem um código subjetivo com ressonâncias e associações às experiências vividas. Assim, a constância das manifestações entre cores e os afetos, entre as sensações de cores e as sensações produzidas por outros sentidos, como também entre o investimento dos objetos e a marca colorida permitem decifrar o que os sujeitos exprimem, tendo a cor como um signo rico de significados embutidos.

A referência aos trabalhos mais criativos, realizados pelo grupo A (experimental) significa que suas produções demonstraram mais independência, e que seus componentes tiveram maior facilidade para elaborar um trabalho expressivo, além de manifestarem mais originalidade, flexibilidade, fluência, elaboração e avaliação.

Pesquisas sobre arteterapia têm demonstrado que a criatividade é um dos benefícios mais importantes do processo de arteterapia (AJZENBERG, 1995; ALLESSANDRINI, 1997/1998; VAISBERG, 1999; SALGADO, 1999/2000; CABRAL, 2002; CHIESA, 2002; e GOLINELI, 2002b).

Cabral (2002), em sua atuação com pessoas em sofrimento mental, enfatiza que a arteterapia, por intermédio dos recursos artísticos, viabiliza a expressão de sentimentos e emoções, permitindo ao indivíduo ativar os conteúdos internos, favorecendo o renascimento da criatividade criadora.

A arteterapia, então, favorece não só o contato da criança consigo mesma, pelo fortalecimento pessoal, como também o enfrentamento emocional autônomo, criativo e construtivo das suas questões vitais, segundo Vaisberg (1999), que baseou seus estudos na abordagem winnicottiana com crianças.

Golineli (2002a) expõe que a arteterapia contribui para estimular a criatividade, porque se vale, em sua aplicação e método, de variadas formas e expressão, fazendo florescer as potencialidades criativas e latentes dos indivíduos.

Chiesa (2002), pesquisando pacientes com doenças oncológicas, relata que o caminho criativo em arteterapia refere-se à compreensão da dinâmica da vida pelo paciente, para então permitir que este possa viver o fluxo natural dos acontecimentos.

Ajzenberg (1995) acrescenta, baseando-se em seus estudos de arteterapia com crianças, que ao criar as crianças tomam posse de suas potencialidades, tornam-se mais conscientes a respeito de si mesmas, elaboram vivências de seus mundos interno e externo, buscam soluções, criam, expressam-se, comunicam-se, revelam-se, enfim, apossam-se de si mesmas.

Assim, para Alessandrini (1997/1998), ser criativo é realizar-se como pessoa, e isso não é algo mágico, ocorre através de um processo de mudança, desenvolvimento e evolução na organização da vida interior.

Complementando, Salgado (1999/2000), em seus estudos com pessoas portadoras de HIV, diz-se convencido de que o indivíduo ao criar, torna-se consciente do seu movimento interno, consciência que se expande sobre o que faz sentido para ele, em direção à totalidade. Ao mesmo tempo, ele recebe confirmação visual destes movimentos na obra que produzir.

Conclui-se, a partir do exposto, que a criatividade é algo vital para a criança viver e se conhecer, mesmo estando doente e hospitalizada, situação em que se vê extremamente favorecida pelo processo de arteterapia.

A complexidade, isto é, a riqueza de detalhes, caracteriza-se pela distinção de sexo e dos tipos de personagens; pelas vestimentas e objetos; pelas atividades e funções (convenções socioculturais) dos elementos. Além destas, há maior complexidade de justapor, congregar, encaixar, preencher, repartir, dividir, retirar, combinar, associar etc.

A riqueza de detalhes está vinculada à variedade expressiva e à criatividade, pois à medida que as crianças do grupo A (experimental) ampliaram seu mundo imaginativo, favorecido pela intervenção arteterapêutica, introduziram-se modificações em seu mundo interno e em suas imagens. Assim, a criança vai descobrindo e construindo as novas potencialidades adquiridas.

A melhora da atividade nas produções plásticas do grupo A (experimental), após as intervenções de arteterapia, remetem à movimentação e à ação pela representação ou sugestão nos trabalhos plásticos.

Este aspecto vai ao encontro das afirmações de Pain & Jarreau (2001), quando escrevem que o sujeito tem tendência a projetar seu próprio corpo sobre a imagem que ele mesmo produz. Assim, semelhantes às motivações emocionais que provocam rigidez no indivíduo, as imagens se traduzem em ausência de movimento. Os autores continuam esclarecendo que o procedimento arteterapêutico consiste em despertar o desejo vital do gesto, em fazê-lo sentir fortemente no próprio corpo e em encorajá-lo a buscar os meios plásticos para traduzir essas vivências sensório-motoras em imagens.

As crianças que se submetem a intervenções de arteterapia são autônomas, criativas e dinâmicas e essas qualidades provocam mudanças que se reproduzem tanto

nas suas vidas como em suas produções plásticas, tendo em vista que os trabalhos plásticos são os reflexos de sua vida psíquica que ganharam vida.

As categorias que **menos sofreram alterações** em relação ao grupo A (experimental) foram: simetria (nº5), regularidade (nº6) e unidade (nº8).

A simetria corresponde ao equilíbrio axial, a uma formulação visual resolvida, na qual cada unidade de um lado da linha central é rigorosamente repetida do outro lado. Isso pode-se justificar, em parte, pelo próprio processo de hospitalização que já traz um certo rigor à vida da criança (restrição do espaço físico, distância da família, perda da autonomia, do controle e da competência pessoal).

A regularidade constitui a uniformidade dos elementos e o desenvolvimento de uma seqüência ordenada por algum princípio ou método constante e invariável. Igualmente, pode-se justificar, em parte, pelo processo de hospitalização que também proporciona uma certa regularidade na vida da criança (como horário definido para banho, refeição, brincar, visita médica etc).

A unidade é o equilíbrio de elementos diversos de uma determinada totalidade percebida visualmente ou de sua integração. Pode-se justificar, em parte, pelo processo de hospitalização que significa fragmentação no atendimento, especialmente em relação ao atendimento da equipe de saúde. Mesmo que a criança passe pelo processo de arteterapia, isso não altera o quadro, porque os profissionais mantêm seus atendimentos fragmentados e neste estudo, em particular, não houve a busca por um atendimento inter e transdisciplinar.

Estes resultados contradizem as experiências de Salgado (1999/2000), quando sinaliza que as pessoas no processo de arteterapia têm a necessidade de se sentir inteiras na busca pela saúde, o que impulsiona o doente a não se perder no detalhe, tendo em vista o privilégio do todo; portanto, os caminhos da cura são os caminhos que levam da polaridade à unidade e à integração.

#### 6.4 – Dos Resultados Gerais

Em relação ao **comportamento** geral das crianças do grupo A (experimental), os dados indicaram que a maioria dos sujeitos apresentou um aumento significativo de escores de comportamentos na avaliação final. Apenas uma criança mostrou escore inferior no item comportamento, na avaliação final, enquanto algumas (quatro) demonstraram um aumento bastante expressivo na avaliação final. Os dados também mostraram que não houve uniformidade entre as pontuações dos sujeitos, durante as avaliações iniciais e finais.

Quanto ao comportamento geral das crianças do grupo B (controle), pode-se constatar que este dado, nas avaliações iniciais e finais, mostrou-se aproximado. Contudo, uma criança apresentou redução e outro aumento sutil da frequência dos escores de comportamentos, na avaliação final. Os dados deste grupo também não apresentaram uniformidade entre as pontuações dos sujeitos nas avaliações iniciais e finais.

Em relação ao **desenvolvimento plástico** geral das crianças do grupo A (experimental), evidenciou-se que a maioria dos sujeitos apresentou um ligeiro aumento da ocorrência de desenvolvimento plástico nestas mesmas avaliações finais, tendo uma criança demonstrado redução e outra manutenção da frequência de escores de desenvolvimento plástico nestas mesmas avaliações. Também constatou-se certa semelhança no padrão de emissão do desenvolvimento plástico entre os sujeitos do grupo A, nas avaliações iniciais e finais.

Quanto ao desenvolvimento plástico geral, a maioria das crianças do grupo B (controle) apresentou semelhanças em suas pontuações de desenvolvimento plástico, nas avaliações iniciais e finais, demonstrando certa semelhança no desenvolvimento plástico também nas avaliações iniciais e finais.

Em relação às **produções plásticas** gerais do grupo A (experimental), pôde-se constatar que houve aumento em sua pontuação na avaliação final. Uma criança apresentou redução nos escores das produções, e outras cinco um aumento substancial na avaliação final. Os dados também mostraram que houve uma certa uniformidade entre os escores dos sujeitos, durante as avaliações iniciais, com exceção de uma criança que teve um desempenho qualitativamente superior aos demais.

Quanto às produções plásticas gerais do grupo B (controle), pôde-se constatar que os dados consideraram uma uniformidade dos escores das produções plásticas nas avaliações iniciais e finais. Em quatro crianças observou-se uma redução nos escores das produções. Os dados também mostram que houve variação individual com relação ao desempenho nas atividades propostas.

Deduz-se, a partir destes resultados, que algumas categorias dos comportamentos e das produções plásticas ou etapas de desenvolvimento plástico foram mais significativas do que outras, nas crianças do grupo A (experimental); entretanto, foi possível detectar também que uma criança não conseguiu progredir após as intervenções de arteterapia.

Estes resultados confirmam que cada criança tem seu ritmo próprio e um modo particular de evoluir, ou seja, cada uma tem um tempo e uma maneira de internalizar experiências e vivências distintas, e o fazer arteterapêutico expressa a singularidade e a identidade criativa de cada um. O que se verificou é que as crianças são diferentes, pois pertencem a mundos diferentes e dispõem de recursos pessoais e maturacionais (afetivos e cognitivos) desiguais.

As afirmações de Pain & Jarreau (2001) corroboram os achados anteriores, de que há para cada indivíduo um tempo mais ou menos longo de adaptação ao ateliê arteterapêutico, cujas regras de funcionamento e relações pessoais são diferentes de tudo aquilo que lhe é familiar.

Além do que a arte, como forma de expressão e comunicação, é um processo natural para a criança, através da qual ela comunica o que sente, o que pensa e a maneira como vivencia e percebe o mundo. Esse processo ocorrerá de acordo com seu desenvolvimento emocional, mental, psíquico e perceptual (ZIMMERMANN, 1997).

Respeitando esses princípios, não se observou nesta pesquisa uniformidade entre as crianças em cada etapa de avaliação (inicial ou final), nem tampouco entre os resultados das avaliações de comportamento, desenvolvimento e de produções plásticas.

O arteterapeuta, por ser um facilitador do processo, não tem o poder de mudar as crianças e sim de sugerir recursos e materiais mais adequados às intenções criativas de cada uma delas, para que as mudanças aconteçam. Caso a criança não esteja

aberta a mudanças, não haverá alterações em seu comportamento, assim, cada uma poderá escolher os riscos e as transformações que quer correr. Isto justifica, em parte, o fato de uma criança do grupo A (experimental) não ter obtido resultados satisfatórios mesmo com as intervenções de arteterapia.

Também Barcellos (1997/1998) defende a idéia que o arteterapeuta é um guia facilitador e acompanhante do indivíduo na sua busca de novos caminhos, para que este opere transformações em sua vida. Ou conforme aponta Rhyne (2000), a arte não é apenas um meio de auto-expressão, mas também um meio de estender o alcance da experiência que está ao dispor da pessoa. Conseqüentemente, a criança tem autonomia para aderir a intervenção proposta para ela e cabe ao meio oferecer recursos para esse fim.

Como cada criança é um ser único e singular, com respostas diferentes para as avaliações oferecidas, procurou-se trabalhar com expressões diversas, pois uma criança pode ser mais favorecida para pintura e desenho e não à colagem e modelagem, por exemplo. Assim, oferecendo uma maior variedade de materiais e técnicas, melhor se avalia o processo de arteterapia.

A esse respeito, Saad (1997/1998) reforça que o apelo às intervenções em arteterapia deve propiciar à criança vivenciar o próprio processo expressivo, cujos objetivos básicos são o conhecimento, a diferenciação e a elaboração do conteúdo, impressos nas produções plásticas.

Tais argumentos estão de acordo com os achados de Urrutigaray (2003), ao destacar que a representação chamada de simbólica, decorrente deste trabalho, é percebida como uma atividade complexa, elaborada e reveladora dessa interação, na qual existem muitas maneiras de se perceber e de se ver o mundo, quantas sejam as qualidades perceptíveis de cada pessoa e as conseqüentes viabilidades de expressão individual.

Como se sabe, a hospitalização interrompe o desenvolvimento psicossocial das crianças e assim, frente ao exposto, o trabalho junto às crianças hospitalizadas torna-se fundamental para amenizar os efeitos negativos da doença, da hospitalização e do tratamento que tanto ameaçam o seu desenvolvimento normal.



Os benefícios adquiridos pelo grupo A (experimental), que passou pelas intervenções de arteterapia, confirmam os resultados dos estudos de Sundaram (1995), Valladares (2000/2001) e Alberto & Cabral (2002), realizados em hospitais pediátricos de Los Angeles (EUA), Goiânia e São Paulo, respectivamente. Os autores sinalizam que, ao possibilitarem o contato das crianças com as técnicas e materiais de arteterapia, verificaram que as mesmas podem vivenciar de forma menos sofrida e angustiante a internação, pois a arteterapia propicia mudanças no campo afetivo e emocional das mesmas, melhorando seu equilíbrio emocional, ao término das sessões.

A arteterapia é, pois, um excelente meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança hospitalizada e neutralizar os fatores de ordem afetiva, que naturalmente surgem com a doença.

O poder da ludicidade, como acrescenta Saviani (2002), colabora como nutriente importante para o antiestresse, para integração dos dois lados do cérebro e para manutenção do eixo criativo, reforçando o bem-estar, equilíbrio, alegria da criança, assim como seu conforto, além de favorecer a mudança de seu comportamento.

A criatividade existente na arteterapia e seu poder de inovar, de fazer o novo e diferente, favorece o prazer e a subjetividade, além de expor os potenciais mais saudáveis da criança, adormecidos com a hospitalização. Portanto, a arteterapia faz com que o enfoque negativo da hospitalização (como dor, desconforto, rigidez e inércia) seja deixado de lado para dar lugar à alegria, ao bem-estar, à atividade e à espontaneidade. Com relação a essa idéia, Fernandes et al. (1995); e Cardoso (1995) esclarecem que a arteterapia permite à criança expressar seus sentimentos, ampliar sua consciência, criar soluções ou possibilidades para promover transformações no seu desenvolvimento, devido às limitações impostas pela hospitalização, além de auxiliá-la a tomar seu rumo na direção do crescimento.

As intervenções de arteterapia realizadas com as crianças do grupo A (experimental) auxiliaram-nas a desenvolver a capacidade de se relacionar com a realidade externa, estabelecendo uma ponte entre o hospital e o ambiente externo e de desenvolver um sentido de unidade dentro de si mesmas.

Estes dados vão ao encontro da afirmação de Rode (1996), para quem a arteterapia ajuda a proteger e a desenvolver a integridade imaginativa, emocional, social, cognitiva e criativa da criança que está vivendo o estresse da doença, da hospitalização e do tratamento.

Favorecer um momento de relaxamento e de descontração, faculta ao sistema imunológico um tempo para agir e recuperar a criança mais rapidamente das adversidades advindas com a hospitalização, promovendo seu bem-estar físico, emocional, intelectual e social.

A autora desta pesquisa concorda com as afirmações de Rubin (1984), para quem o processo de arteterapia auxilia os aspectos cognitivos e afetivos da criança, considerando tanto o processo como o produto em desenvolvimento nas intervenções de arteterapia.

Souza et al. (2000), estudando o desenvolvimento viso-motor das crianças deficientes auditivas por intermédio do processo de arteterapia, evidenciam a minimização das dificuldades pessoais e da interação social dessa população, ao trabalharem a pessoa de forma integral, estimulando-a a ter maior aceitação de si mesma.

A criança, durante o seu desenvolvimento normal, explora e interage com seu meio de forma contínua quando lhe são oferecidas oportunidades em ambientes favoráveis. Pois, cuidar de quem se encontra fragilizado e internamente desorganizado em função de uma doença grave não é tarefa fácil, assim cabe ao arteterapeuta, que é um facilitar do processo de desenvolvimento da criança, propiciar um espaço não ameaçador, que a auxilie a restabelecer seu diálogo com o mundo.

A arte proporciona, também, à criança grande satisfação por permitir a expressão de seus próprios sentimentos e de suas emoções por meio da própria ação artística (LOWENFELD & BRITAIN, 1970).

No que concerne aos autores Dias et al. (2003), os fatores ambientais quando estimulantes ao desenvolvimento da criança serão positivos; quando não, podem comprometê-lo. Esse fato explica, em parte, a razão pela qual as crianças do grupo B (controle) apresentaram uniformidade ou diminuição em seus escores na avaliação final,

em relação à avaliação final. O pequeno aumento dos escores de algumas crianças do referido grupo justifica, em parte, a melhora do quadro agudo da doença.

A criança doente continua sendo criança, especialmente quando possui uma doença crônica que requer internações longas. Assim, ela necessita a garantia de uma assistência globalizada que defenda o suprimento de suas necessidades totais.

Portanto, é possível prestar uma assistência globalizada à criança e providenciar um ambiente facilitador e propício ao seu comportamento e desenvolvimento, utilizando as intervenções de arteterapia, uma vez que a estagnação de estímulos pode prejudicar estruturalmente todo o processo de desenvolvimento normal.

As avaliações (iniciais e finais) das produções plásticas foram abrangentes e importantes, pois permitiram acompanhar com bastante clareza o desdobramento de processos intrapsíquicos e dos trabalhos artísticos, além de favorecer a identificação de mudanças (comportamentais, de desenvolvimento e das produções plásticas) significativas dos sujeitos do grupo A (experimental), após as intervenções de arteterapia.

*“O que antes era invisível aos olhos e, inacessível ao toque das mãos, ganha forma e concretude. O rito e a cerimônia criativa de “EN-FORMAR” (dar forma e concretude), “IN-FORMAR” (obter informações a partir das formas), “TRANS-FORMAR” ao propiciar movimentos e ações de atravessar formas anteriores rumo a novos comportamentos e a tornar-se um “IN-DIVÌ DUO” aquele que não se divide...” (PHILIPPINI, 2002, p.10).*

Este capítulo será finalizado com texto da autora deste trabalho, sobre os benefícios do processo de arteterapia, quais sejam: a arteterapia está sempre relacionada às características sadias da personalidade e resgata a criação de novos projetos de vida. Portanto, alivia os sentimentos negativos e minimiza os comportamentos problemáticos.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que os resultados deste estudo tenham demonstrado que após as intervenções de arteterapia houve aumento nos escores de comportamentos, desenvolvimento plástico e produções plásticas de crianças hospitalizadas, a amostra de sujeitos utilizada restringiu-se em quantidade. Todos os sujeitos estavam internados na mesma unidade de saúde, tendo as características de ambiente físico e social sido especialmente planejadas para o perfil da clientela atendida, sugerindo limitações para a generalização dos resultados obtidos.

A utilização de uma amostra pequena não invalida os resultados obtidos, mesmo porque esta pesquisa prioriza, também, a identificação de diferenças individuais. A vantagem de estudos com maior número de sujeitos é oferecer mais segurança à generalização de seus achados.

Um aspecto relevante a ser considerado neste estudo foi o relacionado à eficácia de intervenções de arteterapia, comprovada num prazo curto (sete sessões, em três dias e meio). No entanto, a mesma eficácia não se verificou em todas as atividades.

Dada a rotina de atividades e serviços da ala pediátrica do hospital, considera-se relevante analisar situações levantadas na presente pesquisa, que dificultaram o seu desenvolvimento, tais como:

- A pesquisadora precisou da ajuda de outros profissionais e alunos (arteterapia, artes e saúde) para auxiliar na coleta de dados (avaliações iniciais e finais), durante a semana e inclusive nos finais-de-semana, o que restringiu os horários para observação do processo. Um outro fator

preponderante foi a não-viabilização de verbas para pagamento dessas pessoas.

- A pesquisadora necessitou da ajuda de vários profissionais e alunos (arteterapia, artes e saúde) não-remunerados, para auxiliarem no preenchimento dos instrumentos de avaliação das produções a partir de desenhos, pinturas, colagens, modelagens e construções das avaliações (iniciais e finais). Dessa forma, ela restringiu o horário para análise das obras, promovendo a rotatividade desses auxiliares, que emitiram pareceres às vezes um pouco distintos, em relação aos itens do instrumento, porém esse fator não influenciou os resultados entre cada sujeito, pois as mesmas pessoas realizaram esse trabalho.
- Necessitou-se aguardar, com frequência, o aparecimento de crianças com a faixa etária preestabelecida para a pesquisa (sete a dez anos) e com tempo de internação relativamente longo para a atualidade (entre cinco a 30 dias), uma vez que os tempos de internação, normalmente, são mais curtos. Além do tempo de espera de sujeitos, houve algumas intercorrências, como: crianças, após o início da coleta de dados, não puderam participar da pesquisa, no período previsto, por receberem alta antes do encerramento das sessões de arteterapia.
- Limitaram-se os locais e horários para as intervenções arteterapêuticas, e tal dificuldade possibilitou que se flexibilizasse a utilização do espaço e do horário. Porém, isso criou um fato positivo, no sentido de que a equipe de psicologia cedesse sua sala individual para o atendimento de arteterapia, o que significou uma adequação da instituição ao bom atendimento de arteterapia.

- A restrição do tempo de atuação com cada criança, imposta pela própria pesquisa, bloqueou freqüentemente um processo psíquico “interno”, aberto às crianças e que não pôde ter continuidade, diferentemente de outros contextos da arteterapia que poderiam avaliar a qualidade do desempenho infantil em um tempo mais longo, por exemplo: entre seis meses a um ano. Entretanto, este foi desenvolvido por meio de exercícios livres, propostos seja pela arteterapeuta, após a realização da pesquisa, ou por outros profissionais e estagiários da rotina hospitalar, pertencentes às áreas de psicologia, professores da escola formal, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, que deram continuidade aos mesmos.
  
- Como se padronizou que a escolha dos sujeitos seria aleatória, isto é, a primeira criança seria do grupo A (experimental), a segunda do grupo B (controle), e assim sucessivamente, em alguns momentos encontravam-se internadas duas crianças de grupos diferentes numa mesma enfermaria, e a pesquisadora atendia apenas uma delas, o que gerou incompreensão entre as mesmas.

Mesmo considerando tais dificuldades, espera-se ter podido contribuir para formulação de uma proposta de intervenção de arteterapia. Acredita-se que ela seja viável no atendimento pediátrico em instituições públicas e privadas de saúde, por oferecer um modelo de atendimento global e humanizado de saúde, para superação de dificuldades relacionadas nesse contexto.

As doenças crônicas, com maior freqüência, exigem das crianças muitas consultas médicas, internações hospitalares, inúmeras faltas escolares, propiciando repetência escolar, e problemas de comportamentos desadaptativos, além do bloqueio ao seu desenvolvimento normal.

Segundo Lowenfeld & Brittain (1970), quando uma criança machuca um dedo, ela logo recebe os cuidados para sua recuperação física; entretanto, quando ela está com os sentimentos feridos, não tem, freqüentemente, a quem recorrer em busca da

ajuda para curá-los. Ainda segundo os autores, está comprovado que os sentimentos, as atitudes e emoções da criança podem afetar sua fase de aprendizagem e, nesse sentido, a arte também poderá oferecer grande estímulo à expressão emocional.

Este estudo permitiu a criação de instrumentos para diagnósticos de análise a partir de instrumentos já padronizados na literatura vigente, adaptados ao contexto arteterapêutico. A articulação, devido à complexidade dos instrumentos de avaliação escolhidos para este estudo, adequou-se ao que se propôs, e ajudou a pesquisadora a definir e a organizar categorias relevantes para observação do desenvolvimento, do comportamento e das produções.

Esses instrumentos articulam-se entre si, organizam e explicitam o que observar, oferecendo elementos para se elaborar um diagnóstico em arteterapia aplicável, inclusive, a outros locais, como outras instituições, e a outras faixas etárias. Porém, dentro dos novos contextos, redimensionam-se os instrumentos em relação ao tempo de avaliação, quantidade de categorias, entre outros.

Considerando-se que a utilização dos instrumentos de avaliação foi propícia para auxiliar nas análises estatísticas sobre os efeitos da arteterapia, em relação ao comportamento, desenvolvimento e produções plásticas das crianças, acredita-se que são insuficientes as informações de que a arteterapia é efetiva para reduzir o tempo de internação, o número de reinternações e os custos do hospital. Porém, são claros os benefícios que traz à vida das crianças, para lhes proporcionar melhor qualidade de vida, como ocorreu com as crianças que estavam sendo atendidas.

É ainda oportuno salientar que as análises dos instrumentos de avaliação, do desenvolvimento geral e das produções plásticas, no nível qualitativo, podem ser aprofundadas em estudos posteriores.

No contexto da hospitalização, as crianças permanecem internadas por um curto período de tempo, razão pela qual deve-se levar em consideração que os benefícios do processo arteterapêutico, observados neste estudo, foram relevantes em todos os aspectos mensurados.

Este estudo permitiu identificar que a arteterapia oferece oportunidades que levam a criança a aceitar com mais naturalidade as situações indesejáveis, auxiliando-a a

se adaptar melhor às rotinas hospitalares e a restabelecer seu equilíbrio emocional, através das mudanças, transformações e crescimento, gerados por tais intervenções.

A arteterapia, como sugere Zimmermann (1997), favorece a promoção da saúde mental, pois ela parte da investigação e do entendimento do simbolismo individual sem perder a dimensão social e imaginária que a arte conota pelos sinais e sintomas culturais, que relacionam o indivíduo à coletividade.

Ademais, outro aspecto importante na atividade de arteterapia é que ela permite que o indivíduo se perceba concretamente e, desse mesmo modo, estruture, organize e ordene elementos da percepção tanto interna como externa, de forma a ajudá-lo a obter uma compreensão do seu momento existencial e de aspectos da existência humana (CIORNAI, 1994).

Após a realização deste trabalho, acredita-se que o desenvolvimento de espaços de arteterapia e o acesso às técnicas e materiais de arte adequadas facilitem a expressão de uma forma mais produtiva, colaborando com o desenvolvimento das potencialidades expressivas das crianças, agindo preventivamente e evitando a possibilidade de instalação de algumas disfunções no desenvolvimento normal infantil.

As intervenções de arteterapia dão ao indivíduo condições propícias à retomada do seu desenvolvimento emocional bloqueado, a fim de que ele possa transpor as limitações impostas pela doença, hospitalização e tratamento, constituindo-se num espaço ao exercício da vida, da criatividade, da espontaneidade, mesmo que breve.

A esse respeito, Mitre (2000) reforça que o lúdico propicia às crianças elaborar as questões referentes ao adoecimento e à hospitalização, processo que progride ainda que ela revele raiva, ansiedade e dor em suas imagens (KRAMER, 1975). Quando as crianças não conseguem facilmente verbalizar seus desejos e necessidades, o lúdico representa a defesa do direito de qualquer criança hospitalizada.

Registram-se outros achados implícitos nesta pesquisa, quais sejam: o estabelecimento de vínculos e o de relações de confiança (com a arteterapeuta), que contribuíram indiretamente para diminuir a sensação de isolamento; a possibilidade de



se elaborar situações e experiências oriundas da hospitalização, que foram desconhecidas e desagradáveis; permitir que as crianças assumissem uma postura mais ativa no próprio processo de adoecimento e tratamento.

Assim, Santos & Sebastiani (1996) explicam que é importante que as instituições pediátricas hospitalares possam contar com profissionais habilitados, capacitados e aptos a lidar e considerar o Ser-Doente dentro de suas limitações físicas, afetivas, cognitivas e sociais, visando a uma reabilitação da criança dentro dessa nova condição de ser, almejando, sempre que possível, uma vida mais próxima do normal.

O ser humano tem um potencial que se desenvolve à medida que o meio lhe oferece condições facilitadoras. No caso da criança, o adulto é um mediador importante.

A atitude e o caminho terapêutico da arteterapeuta foi de orientação não-diretiva no processo de cada criança, tanto nas avaliações (inicial e final), quanto nas intervenções de arteterapia e nas ações dirigidas sobre a própria criança (seu desenvolvimento, crescimento, maturidade, entre outras), buscando identificar suas necessidades e ajudá-la a encontrar soluções para seus problemas. Respeitando as diferenças individuais de cada sujeito, a arteterapeuta procurou estabelecer uma relação terapêutica com cada criança, sugerindo recursos e materiais mais adequados a cada uma delas, sempre respeitando seu ritmo, sua subjetividade, bem como as diferenças de respostas expressas pelas mudanças internas e externas tanto do comportamento, como desenvolvimento e das produções plásticas. Em suma, a atitude da arteterapeuta teve um olhar terapêutico e dialético que vislumbra o mundo interno e externo dos sujeitos, e apontasse possibilidades e desafios para algo que os mesmos pudessem construir dentro de suas próprias limitações.

Por se encontrar em processo normal de desenvolvimento, a criança estará muito vulnerável em todos os aspectos, sejam eles físicos, cognitivos, afetivos e sociais. Assim, se houver algum obstáculo intrínseco ou extrínseco que prejudique o seu desenvolvimento, a continuidade desse processo poderá ser comprometida, temporária ou permanentemente.

A arteterapia superou o período de estagnação do desenvolvimento infantil imposto pela hospitalização, contribuindo positivamente para a qualidade de vida das crianças nas situações conflituosas de doença e internação.

Nesse sentido, cita-se Angerami (1988, p.77), que diz:

*“Uma enfermaria pediátrica deve ser sempre um lugar alegre, cheio de vida e nunca um ambiente hostil, cinzento, despido de cor. Se a proposta é fazer com que as crianças tenham seu sofrimento minimizado no hospital, o ambiente físico tem um papel importantíssimo no sentido de dar alternativas e estímulo às crianças”.*

Desse modo, espera-se que esta pesquisa contribua, sobremaneira, para a produção científica da área, não apenas no sentido de reduzir a insuficiência metodológica, relacionada ao fornecimento de informações precisas sobre os efeitos da utilização da arteterapia com crianças hospitalizadas acerca do comportamento, desenvolvimento plástico e produções plásticas, mas também para subsidiar atendimento nesse contexto, auxiliando os profissionais que atuam na área de arteterapia e em outras áreas, que se utilizam desses conhecimentos (em especial os enfermeiros), para implementarem suas atividades.

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr (a) \_\_\_\_\_ ,

O (a) seu (sua) filho (a) que está na faixa etária entre 7 a 10 anos de idade e apresenta-se hospitalizado (a) no HAA/HDT/SES está sendo convidado a participar de um estudo, que se propõe a ajudar crianças que estejam hospitalizadas e tenham conseqüentemente dificuldades emocionais e pessoais de enfrentar esses transtornos de doença, hospitalização e tratamentos através do processo de arteterapia.

O (a) seu (sua) filho (a) participa se estiver de acordo. Não haverá riscos, nem desconfortos, nem gastos de qualquer natureza, nem receberá pagamentos ou gratificações pela sua participação. Vocês poderão solicitar esclarecimentos quando sentir necessidades e poderão interromper nossas atividades quando quiser, sem qualquer penalização ou prejuízo. Poderão entrar em contato com a responsável pelo projeto a Prof<sup>ª</sup> Ana Cláudia Afonso Valladares pelos contatos telefônicos: (62) 241-7608 ou (62) 9634-9463 para o esclarecimento de qualquer dúvida.

O que for dito, confeccionado, registrado e escrito será utilizado para fins didáticos e científicos, assegurando seu anonimato. Haverá possibilidade da criança entrar para o grupo controle ou experimental.

### Carta de Cessão de Direitos

Diante das informações recebidas eu,

\_\_\_\_\_  
(responsável pela criança)

responsável por \_\_\_\_\_ concordo em  
(nome da criança)

participar do estudo, que poderá ser gravado e fotografado para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de partes, de prazos e citações, desde a presente data. Autorizo a sua audição, visão e o uso das imagens e citações a terceiros sob responsabilidade da Prof<sup>ª</sup> Ana Cláudia Afonso Valladares.

\_\_\_\_\_  
(local)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura do responsável, estado civil e identidade)

## APÊNDICE B

### Cadastro de Identificação dos Casos em Estudo

#### 1 - Dados de Identificação

Data: ...../...../..... Período: .....

Nº de ordem .....

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:                    ( ) Experimental                    ( ) Controle

Identificação:                    DN: ...../...../.....                    Idade: ..... anos

Sexo: ( ) F    ( ) M

Etnicidade:    ( ) branca    ( ) parda    ( ) negra    ( ) amarela

Naturalidade (Cidade, Estado): .....

Nacionalidade: .....

Filiação: .....

.....

Nível socioeconômico da família Brasil - CCSEB: ( ) A    ( ) B    ( ) C    ( ) D    ( ) E

Escolaridade: .....

Religião: .....

Quem acompanha o paciente? .....

#### 2 - Anamnese

- Diagnóstico clínico:
- Histórico anterior da doença:
- Duração da internação:
- Frequência da internação:
- Antecedentes pessoais:
- Estrutura familiar:
- Histórico dos fatores de risco associado:
- Tratamento (duração, medicamentos etc):

**APÊNDICE C**  
**Cadastro de Identificação de Atividades Artísticas nos Casos Experimentais em**  
**Estudo**

1 - Dados de Identificação

Data: ...../...../..... Período: .....

Nome da criança: .....

DN: ...../...../..... Idade: ..... anos Sexo: ( ) F ( ) M

2 – Dados das Atividades Artísticas

- Tipo de lazer: .....
- Tipos de brinquedos favoritos: .....
- Tipos de jogos favoritos: .....
- Tipos de leituras/histórias favoritas: .....
- Tipos de personagens favoritos: .....
- Tipos de animais favoritos: .....
- Tipos de materiais orgânicos favoritos: .....
- Tipos de músicas favoritas: .....
- Pratica atividades de desenho? ( ) Sim ( ) Não. Quais?
- Pratica atividades de pintura? ( ) Sim ( ) Não. Quais?
- Pratica atividades de colagem? ( ) Sim ( ) Não. Quais?
- Pratica atividades de modelagem? ( ) Sim ( ) Não. Quais?
- Pratica atividades de construção? ( ) Sim ( ) Não. Quais?
- Pratica atividades de dramatização? ( ) Sim ( ) Não. Quais?

**APÊNDICE D**  
**Questionário com a Escala A2 de Rutter adaptada por Graminha**

**QUESTIONÁRIO**

Nome da Criança: .....

Data de Nascimento: ...../...../.....

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Escola: .....

Série: .....

Endereço: .....

Profissão do pai: .....

Escolaridade do pai: .....

Profissão da mãe: .....

Escolaridade da mãe .....

**PROBLEMAS DE SAÚDE**

<b><i>Problemas de Saúde</i></b>	<b>Nunca</b>	<b>Ocasionalmente, mas não chega a ocorrer uma vez por semana</b>	<b>Pelo menos uma vez por semana</b>
A. Tem queixas de dores de cabeça			
B. Tem dor de estômago ou vômito			
C. Asma ou crises respiratórias			
D. Faz xixi na cama ou nas calças			
E. Faz cocô na roupa			
F. Fica mal humorado e nervoso, isto é, fica irritado, grita e perde completamente o humor			
G. Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusa a entrar na escola			
H. "Mata" ou "enforca" aula			

## HÁBITOS

<i>Hábitos</i>	Não	Sim - moderadamente	Sim - severamente/ frequentemente
I. Ele gagueja?			
II. Há alguma dificuldade com a fala, além da gagueira? Se “sim”, por favor descreva a dificuldade: ..... .....			
III. Ele costuma roubar ou pegar coisas dos outros às escondidas? Se “sim”, o que ele costuma pegar? (coisas pequenas, coisas grandes ou as duas) Pega as coisas: na sua própria casa, em outros lugares ou nos dois. Ele costuma pegar as coisas: sozinho, junto com outras pessoas ou as duas ao mesmo tempo.			
IV. Há qualquer dificuldade de alimentação? Se “sim” como é? “Faz onda” e “fica enrolando”, não come o suficiente, come em excesso, outra: .....			
V. Há qualquer dificuldade com o sono? Se “sim”, quais? Tem dificuldade para dormir, tem dificuldade para pegar no sono, tem dificuldade para acordar cedo de manhã, acorda durante a noite, bate a cabeça enquanto dorme, range os dentes enquanto dorme, anda dormindo, tem pesadelos, tem medo da escuridão, e madrugada fica muito agitado, assustado, gritando de pavor, outra .....			
VI. A criança tem medo de alguma coisa (de algum objeto, pessoa ou situação)? Se “sim”, descreva: .....			
VII. A criança apresenta algum movimento repetitivo do corpo ou rosto ou tem tiques? Se “sim”, quais? Piscar os olhos, repuxar a cabeça ou a boca, contorcer a nariz e o braço, outro: .....			

Afirmação	Não se aplica	Aplica-se um pouco	Aplica-se com certeza
1. Muito agitado, tem dificuldade em permanecer sentado por muito tempo			
2. Criança impaciente, irrequieta			
3. Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou dos outros			
4. Briga freqüentemente ou é extremamente briguento com outras crianças			
5. Não é uma criança muito querida pelas outras crianças			
6. Fica facilmente preocupado, preocupa-se com tudo			
7. Tende a ser uma criança fechada – um tanto solitário			
8. Irritável. Rapidamente “perde as estribeiras”			
9. Freqüentemente a criança parece estar tristonha, infeliz ou angustiada			
10. Chupa freqüentemente os dedos			
11. Roe freqüentemente as unhas ou os dedos			
12. Muitas vezes é desobediente			
13. Não consegue permanecer numa atividade qualquer por mais do que alguns minutos (isto é, fica muito pouco tempo ligado em uma atividade)			
14. Tende a ter medo ou receio de coisas novas ou situações novas			
15. É uma criança difícil, complicada ou muito particular			
16. Muitas vezes fala mentira			
17. Maltrata outras crianças			
18. Fala palavrões, nomes feios			
19. É uma criança muito agarrada à mãe e que tenta manter-se sempre perto			
20. Fica acanhada, tímida a se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas			
21. É uma criança insegura e que tem confiança em si mesma			



	Não	Sim
<b>a. Existem outros problemas?</b>		
Se "sim", quais? .....		
<b>b. A criança está em atendimento psicológico ou psiquiátrico?</b>		
<b>c. A mãe ou acompanhante acredita que há necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico?</b>		





13. 
$$\begin{array}{ccccccc} +3 & +2 & +1 & 0 & -1 & -2 & -3 \\ | & | & | & | & | & | & | \\ \hline \end{array}$$
 Não persistente Persistente

14. 
$$\begin{array}{ccccccc} +3 & +2 & +1 & 0 & -1 & -2 & -3 \\ | & | & | & | & | & | & | \\ \hline \end{array}$$
 Descuidado Cuidadoso

c) Com relação aos pais desta criança, classifique-os conforme sua atitude frente a arteterapia:

1. 
$$\begin{array}{ccccccc} +3 & +2 & +1 & 0 & -1 & -2 & -3 \\ | & | & | & | & | & | & | \\ \hline \end{array}$$
 Desinteressado Interessado

2. A criança apresenta problemas de ordem emocional:

Sim  Não

3. Em caso afirmativo, quais problemas?

---

-----  
Assinatura

## APÊNDICE F

### Modelos Não-Verbais de Comunicação\*

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: ...../...../.....                   Idade: ..... anos                           Sexo: ( ) F   ( ) M

Avaliação:                   ( ) Inicial                                   ( ) Final

Isolamento: ( ) Sim   ( ) Não                           Tipo: .....

Data: ...../...../.....           Período: .....                           Tempo: .....

Local: .....

<b>NÃO-VERBAL</b>	<b>USO EFETIVO**</b>	<b>USO INEFICAZ***</b>
1) Postura	Relaxada, mas atenta	Rígida
2) Contato com os olhos	Regular, médio	Ausente, desafiante
3) Móveis	Usados para unir	Usados como barreira
4) Expressão facial	Sorridente, mostrando seus sentimentos	Rosto voltado para o outro lado ou inexpressivo
5) Maneirismos	Sem maneirismos	Distração
6) Volume da voz	Claramente audível	Alto ou baixo
7) Ritmo de voz	Médio	Impaciente, hesitante, lento
8) Nível de energia	Em alerta	Apático, sonolento, cíclico, irrequieto
9) Distância interpessoal	Aproximação	Distanciamento
10) Toque	Presente	Ausente
11) Cabeça	Meneio positivo	Meneio negativo
12) Postura corporal	Voltada para a pessoa	Lateral ou de costas
13) Paraverbal	Respondendo prontamente	Uso de pausas ou respostas com grunhidos

\* Adaptação ao Modelo de Silva (1996)

\*\* Uso efetivo/eficaz: comportamentos que encorajam a expressão do outro porque demonstram aceitação e respeito

\*\*\* Uso ineficaz: comportamentos que, provavelmente, enfraquecem a expressão verbal e artística

**APÊNDICE G1**  
**Roteiro para Avaliação de Desenvolvimento da Criança\***

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: .... / .... / .....           Idade: ..... anos                           Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: .... / .... / ....   Período: .....           Avaliação: ( ) Inicial           ( ) Final

IDADE	( ) 7º ou 8º ano      ( ) 9º ou 10º ano
1. Funcionamento físico: neurológico, sensorial, integração motora.	
2. Padrão de relacionamento	
3. Humor ou tom emocional geral	
4. Afetos	
5. Ansiedades e medos	
6. Expressão temática	

---

\* Um enfoque desenvolvimental para observação de crianças de 7 a 10 anos segundo Greenspan & Greenspan (1993)

## APÊNDICE G2

### Roteiro para Avaliação de Desenvolvimento da Criança

De 7 a 8 anos:

Categorias de Observação	Sétimo e Oitavo Ano
<p><b>1. Funcionamento físico: neurológico, sensorial, integração motora.</b> Inclui observações características envolvendo os aspectos físicos da criança, relacionados com funcionamento mental e psicológico, com foco especial sobre o nível de integração do sistema nervoso central; ex. coordenação motora grossa e fina, integração perceptual-motora, capacidades cognitivas emergentes.</p>	<p>Coordenação motora grossa melhora ainda mais, enquanto a criança pode, agora, realizar a maior parte das atividades: correr, saltar, pular, lançar etc. Coordenação motora fina melhora, como evidenciado por ser capaz de escrever mais fluentemente em estilo cursivo, melhores desenhos etc. A linguagem é usada mais e mais na compreensão e comunicação de muitas idéias e conceitos inter-relacionados, bem como idéias orientadas para um senso organizado do mundo. A capacidade para a lógica em termos de relacionamentos inversos e recíprocos estabelecida. Capacidade para auto-regulação, obediência a regras e concentração estabelecida.</p>
<p><b>2. Padrão de relacionamento</b> Inclui estilo característico de relacionamento e não-relacionamento (por ex., retraído, autista) padrões de não-relacionamento, relacionamento diádico, capacidade para relacionamento em grupo e compartilhamento, estilos egocêntricos de relacionamento etc.</p>	<p>Interesse em relacionamentos fora do grupo familiar (por ex., companheiros) e capacidade para padrões ordenados e organizados de relacionamento com outros (por ex., jogos com regras) emergem. Entretanto, alguns aspectos dos padrões anteriores ainda presentes (por ex., lutas pelo poder, impotência passiva, intrigas familiares, rivalidades, triângulos). Capacidade para formação de “camadas” e intimidade com uns poucos “melhores” amigos, emergindo mais completamente.</p>
<p><b>3. Humor ou tom emocional geral</b> Baseado na observação direta de emoções específicas, bem como temas ou tópicos que a criança discute. Padrões característicos desta categoria podem não ser tão claramente definidos para cada grupo etário como aqueles de outras categorias.</p>	<p>Humor estável e organizado, caracterizado por emergência de avaliação de si mesmo, dos outros e do mundo, freqüentemente baseada em percepções do grupo de companheiros, grupo familiar e adulto tais como professores e treinadores esportivos. Curiosidade expansiva equilibrada com enfoque mais e ordenado.</p>
<p><b>4. Afetos</b> Consideração de: a) faixa e variedade do afeto: o número de afetos que a criança manifesta; por ex., durante as fases desenvolvimentais iniciais a faixa é limitada ou estreita, mais tarde amplia-se. Também inclui tipos característicos de afetos: raiva, ciúme, cólera, empatia, amor. b) profundidade da expressão do afeto: natureza substancial dos afetos manifestados: superficial x substancial etc. c) adequação do afeto, particularmente em relação ao humor e conteúdo geral. d) capacidade de discriminação dos afetos: até que ponto os afetos podem ser altamente discriminadores de estados emocionais específicos?</p>	<p>Prazer por aprovação, por sucesso e domínio (auto-estima) emerge e opera em equilíbrio com os afetos expansivos e competitivos descritos, embora grande número de afetos ainda seja possível. Alguma estabilidade entre tentativas para manter-se em ordem e no caminho certo (afetos de auto-orgulho, auto-estima) e afetos de rivalidade. Ocasionalmente, afetos anteriores de inveja, negativismo e carência emocional egocêntrica dominam. Interesse por outros, empatia e até mesma preocupação evoluindo.</p>

E) Relacionamento da intensidade do afeto com estimulação ou capacidade para regulação do afeto.	
<p><b>5. Ansiedades e medos</b> Melhor observados diretamente nos medos verbalizados da criança ou indiretamente através de brincadeiras. A ansiedade, em particular, pode ser observada por perturbações no desenvolvimento temáticas durante jogos ou conversas. O nível de ansiedade pode ser indicado pela natureza da perturbação e temas que acompanham; por ex., ansiedade em torno do medo de ferimentos físicos; ou de tipos mais globais e indiferenciados, tais como medo da perda, destruição do mundo ou fragmentação do próprio self.</p>	<p>A ansiedade ocasionalmente é perturbadora, geralmente seve a uma função de sinal e pode ser manejada por uma mudança na fantasia ou alteração nos significados (por ex., formações reativas). Medos de humilhação ou vergonha, perda do respeito e desaprovação dominam (por ex., “Eles acham que jogo mau futebol, todos me detestam”), com medos anteriores de perda do amor, separação e ferimentos corporais ainda presentes. Sentimentos de culpa presentes (“Sou mau”), mas frequentemente dependem do contexto.</p>
<p><b>6. Expressão temática</b> Inclui a capacidade para expressar temas organizados, ricos e desenvolvimentalmente apropriados. Até que ponto a criança consegue comunicar sua personalidade a outros, indiretamente através da atividade lúdica ou diretamente, através da comunicação verbal? Claramente, algumas crianças desenvolvem esta capacidade no momento oportuno, porque seu senso de confiança básica no mundo, sua segurança acerca de seus controles internos e a disponibilidade de suas vidas de fantasias permitem-lhes comunicar um rico senso de sentimento e de conteúdo de si mesmas. Outras crianças, em comparação, serão desorganizadas em sua expressão temática (ou muito constrictas, fragmentadas, impulsivas etc). Para subdividir ainda mais expressão temática, considere-a partir das seguintes perspectivas: a) organização da expressão temática: por ex., similar ao pensamento organizado ou fragmentado. b) profundidade e riqueza do desenvolvimento temático. c) relevância no contexto apropriado à idade. Até que ponto o conteúdo dos temas de preocupações apropriadas à idade é típicos? d) seqüência temática. Pode ser usada para descrever as crianças em cada idade.</p>	<p>Desenvolvimento temático relativamente rico e organizado, com, talvez, riqueza ou amplitude ligeiramente menor do que no período dos 5 a 6 anos, mas mais organizado e com menos fragmentação. Menor ênfase, agora sobre, interesse em expansão pelo mundo, triângulos, intrigas, corpo humano, o que ocorre por detrás de portas fechadas e vários temas agressivos (monstros, ataques etc.); maior ênfase sobre contenção desses interesses (por ex., “Não estou interessado no que está acontecendo atrás da porta, deixe-me olhar e eu mostrarei que não estou interessado”). No sentido das polaridades, há uma ligeira mudança de interesses prazerosos para temas de controle, mas o equilíbrio ainda deve estar presente. Interesse por “papéis” (“O que eu sou – um jogador de futebol etc”) emergindo como mais dominante. Atividade e asserção devem ser mais bem moduladas (por ex., regula a si mesmo e segue instruções). Aquiescência passiva ocasional pode estar presente. Senso de moralidade (certo e errado) emergindo, mas ainda estável. Preocupação com regras e estrutura emergindo; interesse relativamente maior por companheiros e grupos, e interesse ligeiramente diminuído por família e adultos.</p>

De 9 a 10 anos:

Categorias de Observação	Nono e Décimo Ano
<p><b>1. Funcionamento físico: neurológico, sensorial, integração motora.</b> Inclui observações características envolvendo os aspectos físicos da criança, relacionados com funcionamento mental e psicológico, com foco especial sobre o nível de integração do sistema</p>	<p>Maior força muscular melhora coordenação motora grossa: melhora gradual adicional em todas as áreas, com capacidade para atividades complexas (por ex., basquetebol, futebol, tênis). Novo aprendizado mais estabelecido. Coordenação motora fina também</p>



<p>nervoso central; ex. coordenação motora grossa e fina, integração perceptual-motora, capacidades cognitivas emergentes.</p>	<p>melhora, com melhor escrita cursiva e capacidade para desmontar coisas (por ex., com chave de fenda) habilidosamente. A linguagem agora é usada para compreender e expressar idéias complexas com relacionamentos entre vários elementos; por ex., “Fiz isso porque ele fez aquilo e ele fez aquilo porque ela o fez fazer”. É capaz de usar a lógica para entender gradações nos sentimentos ou aspectos da realidade física e relacionamentos inversa e recíproca mais complexa. Tendência para domínio da expressão lógica sobre a fantasia. Maior senso de moralidade; aumento no interesse por regras e organização; capacidade aumentada para auto-regulação; capacidade bem estabelecida para a concentração.</p>
<p><b>2. Padrão de relacionamento</b> Inclui estilo característico de relacionamento e não-relacionamento (por ex., retraído, autista) padrões de não-relacionamento, relacionamento diádico, capacidade para relacionamento em grupo e compartilhamento, estilos egocêntricos de relacionamento etc.</p>	<p>Relacionamento com companheiros continua crescendo em importância e complexidade. Relacionamentos familiares e amigos podem ser organizados em torno de modelos de papéis (por ex., estereótipos adultos simplificados). Capacidade mais relaxada para integração e prazer com a família, os companheiros, professores e outros relacionamentos adultos. Relacionamento especial com membro parental do mesmo sexo como modelo de papel, com apenas resquícios dos níveis anteriores (por ex., triângulos, lutas pelo poder, manipulação passiva). Preparação para estilos adolescentes de relacionamento emergindo, com padrões especiais de relacionamento com companheiros do mesmo sexo e do sexo oposto. Capacidade para relacionamentos em longo prazo com a família, os companheiros e os amigos – incluindo “melhores amigos”. Menos reativo a flutuações de companheiros no dia-a-dia, ao final do décimo ano.</p>
<p><b>3. Humor ou tom emocional geral</b> Baseado na observação direta de emoções específicas, bem como temas ou tópicos que a criança discute. Padrões característicos desta categoria podem não ser tão claramente definidos para cada grupo etário como aqueles de outras categorias.</p>	<p>Estabilidade, profundidade e organização do humor ainda mais desenvolvido, como evidenciado por capacidade para lidar com frustrações, relacionamentos interpessoais complexos etc., com um senso de curiosidade e otimismo realista (que substitui gradualmente e expansividade). Tristeza sufocante, negativismo, impotência passiva e retraimento devem emergir apenas intermitentemente (por ex., em circunstâncias apropriadas de estresse).</p>
<p><b>4. Afetos</b> Consideração de: a) faixa e variedade do afeto: o número de afetos que a criança manifesta; por ex., durante as fases desenvolvimentais iniciais a faixa é limitada ou estreita, mais tarde amplia-se. Também inclui tipos característicos de afetos: raiva, ciúme, cólera, empatia, amor. b) profundidade da expressão do afeto: natureza substancial dos afetos manifestados: superficial x</p>	<p>Capacidade bem desenvolvida para empatia, amor, compaixão, compartilhamento e capacidade emergente para a tristeza e perda no contexto das regras concretas. Auto-estima interna muito importante. Sentimentos de culpa e medos internalizados presentes. Ânsia expansiva, carência e ciúme em segundo plano. Novos afetos em torno de diferenças sexuais começando a emergir (por ex.,</p>

<p>substancial etc. c) adequação do afeto, particularmente em relação ao humor e conteúdo geral. d) capacidade de discriminação dos afetos: até que ponto os afetos podem ser altamente discriminadores de estados emocionais específicos? e) relacionamento da intensidade do afeto com estimulação ou capacidade para regulação do afeto.</p>	<p>excitação e timidez em relação a temas sexuais).</p>
<p><b>5. Ansiedades e medos</b> Melhor observados diretamente nos medos verbalizados da criança ou indiretamente através de brincadeiras. A ansiedade, em particular, pode ser observada por perturbações no desenvolvimento temático durante jogos ou conversas. O nível de ansiedade pode ser indicado pela natureza da perturbação e temas que acompanham; por ex., ansiedade em torno do medo de ferimentos físicos; ou de tipos mais globais e indiferenciados, tais como medo da perda, destruição do mundo ou fragmentação do próprio self.</p>	<p>Ansiedade relacionada a conflitos geralmente não disruptivos; pode ser disfórica e/ou servir a uma função de sinal e levar a mudança no comportamento, interpretação dos eventos ou alterações mais sofisticadas nos significados e fantasias (por ex., racionalizações). Medos de perda da auto-estima, relacionados à perda do respeito, humilhação e vergonha ainda presente. Medo da própria culpa mais forte (“Não posso fazer isso. Se fizer, vou me sentir mal”).</p>
<p><b>6. Expressão temática</b> Inclui a capacidade para expressar temas organizados, ricos e desenvolvimentalmente apropriados. Até que ponto a criança consegue comunicar sua personalidade a outros, indiretamente através da atividade lúdica ou diretamente, através da comunicação verbal? Claramente, algumas crianças desenvolvem esta capacidade no momento oportuno, porque seu senso de confiança básica no mundo, sua segurança acerca de seus controles internos e a disponibilidade de suas vidas de fantasias permitem-lhes comunicar um rico senso de sentimento e de conteúdo de si mesmas. Outras crianças, em comparação, serão desorganizadas em sua expressão temática (ou muito constrictas, fragmentadas, impulsivas etc). Para subdividir ainda mais expressão temática, considere-a partir das seguintes perspectivas: a) organização da expressão temática: por ex., similar ao pensamento organizado ou fragmentado. b) profundidade e riqueza do desenvolvimento temático. c) relevância no contexto apropriado à idade. Até que ponto o conteúdo dos temas de preocupações apropriadas à idade é típicos? d) seqüência temática. Pode ser usada para descrever as crianças em cada idade.</p>	<p>Capacidade temática bastante organizada; por ex., é capaz de narrar estória organizada sobre ladrões que são capturados por policiais, em grandes detalhes, com elaborações sobre planos dos bandidos e sobre como os policiais os frustraram. Estórias sobre jogos de futebol ou festas onde papéis adultos são imitados também estão presentes de um modo detalhado e organizados. Pequena ou nenhuma fragmentação à medida que mais e mais detalhes inter-relacionados podem ser organizados. Parte da riqueza emocional e complexidade da fase dos 5 ou 6 anos é abandonada em favor de maior interesse por temas que envolvem controle, regras, organização e temas de domínio-submissão de nível superior. O novo interesse por “papéis”, bem como “Até que ponto sou bom nisto ou naquilo” ou “Sou mau nisto ou naquilo” e diferenças entre meninos e meninas emergindo. Interesse variável por falar com companheiros e, um pouco mais timidamente, com adultos, sobre sexo (por ex., piadas grosseiras com risadinhas) em antecipação à adolescência. Preocupações com autoconceito e sobre modo os outros o consideram também são proeminentes. Moralidade interna relativamente bem estabelecida no sentido de “branco e preto”, mas ainda é fácil racionalizar o rompimento de regras. Na verdade, juntamente com maior preocupação com o certo e errado, está uma capacidade, mas sofisticada para racionalizar e controlar as regras. Autocontrole e capacidade para obedecer a instruções, entretanto, devem estar bem estabelecidas.</p>

**APÊNDICE H**  
**Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Gráfico Bidimensional da Criança\***

Nome da criança: .....  
 Grupo em Estudo:       ( ) Experimental                       ( ) Controle  
 DN: ...../...../.....       Idade: ..... anos                       Sexo: ( ) F   ( ) M  
 Data: ...../...../.....       Período: .....

ND			RI					RV	
EG	GA	GB	PEA	EA	EB	RVA	RVB	NA	NB
			PEB						
Avaliação Inicial Data:									
Avaliação Final Data:									

**LEGENDA:**

ND – Nível de Desenvolvimento  
 EG – Etapas de Grafismo  
 RI - Realismo intelectual  
 RV – Realismo visual  
 GA – Garatuja – 1ª fase (movimentos aleatórios)  
 GB – Garatuja – 2ª fase (círculos isolados)  
 PEA – Pré-esquemática – 1ª fase (formação da imagem corporal)  
 PEB – Pré-esquemática – 2ª fase (mandala sem linha de chão)  
 EA – Esquemática – 1ª fase (linha de chão)  
 EB – Esquemática – 2ª fase (linha de chão e céu)  
 RVA – Realismo – 1ª fase (dois planos)  
 RVB - Realismo visual – 2ª fase (três planos)  
 NA – Naturalista – 1ª fase (perspectiva isométrica)  
 NB – Naturalista – 2ª fase (perspectiva central)

---

\* Modelo baseado em Costa (1997)

**APÊNDICE I**  
**Fases Evolutivas da Construção da Perspectiva no Desenho da Criança\***

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: .... / .... / .....           Idade: ..... anos                           Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: .... / .... / .....           Período: .....                           **Avaliação: Inicial**

- a. incompreensão completa da perspectiva;
- b. o objeto é representado em sua forma e dimensões, sejam quais forem às posições por ele ocupadas;
- c. há um começo de diferenciação dos pontos de vista, evidenciada na forma dos objetos variável em função da posição;
- d. há uma clara diferenciação dos pontos de vista quanto à evolução das formas;
- e. quanto à quantificação extensiva e ao acabamento das alterações formais.

Data: .... / .... / .....           Período: .....                           **Avaliação: Final**

- a. incompreensão completa da perspectiva;
- b. o objeto é representado em sua forma e dimensões, sejam quais forem às posições por ele ocupadas;
- c. há um começo de diferenciação dos pontos de vista, evidenciada na forma dos objetos variável em função da posição;
- d. há uma clara diferenciação dos pontos de vista quanto à evolução das formas;
- e. quanto à quantificação extensiva e ao acabamento das alterações formais.

---

\* Modelo baseado em Piaget & Inhelder (1985)

## APÊNDICE J

### Fases da Aprendizagem de Pintura\*

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: ...../...../.....           Idade: ..... anos           Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: ..../..../....           Período: .....                           **Avaliação: Inicial**

A criança:

- a. segura o pincel corretamente;
- b. pinta, no meio do papel, uma cor sobre as outras; troca de cor com o outro, mas ainda não lava o pincel;
- c. põe o pincel numa cor e depois na outra, esquecendo de lavar o pincel ao terminar com a primeira cor;
- d. começa a usar o papel todo, mas ainda sobrepõe as cores; pinta algumas formas, e não só áreas coloridas;
- e. lembra de lavar o pincel depois de cada cor, mas o chacoalha no ar, ou deixa-o pingando ao invés de passá-lo na beirada do pote, ou enxugá-lo num trapo;
- f. usa o pincel todo, e mantém as cores originais, sem pintar uma sobre a outra; lava o pincel, enxugando-o espontaneamente;
- g. muda de cor por iniciativa própria; começa a representar figuras.

Data: ...../...../.....           Período: .....                           **Avaliação: Final**

A criança:

- a. segura o pincel corretamente;
- b. pinta, no meio do papel, uma cor sobre as outras; troca de cor com o colega, mas ainda não lava o pincel;
- c. põe o pincel numa cor e depois na outra, esquecendo de lavar o pincel ao terminar com a primeira cor;
- d. começa a usar o papel todo, mas ainda sobrepõe as cores; pinta algumas formas, e não só áreas coloridas;
- e. lembra de lavar o pincel depois de cada cor, mas o chacoalha no ar, ou deixa-o pingando ao invés de passá-lo na beirada do pote, ou enxugá-lo num trapo;
- f. usa o pincel todo, e mantém as cores originais, sem pintar uma sobre a outra; lava o pincel, enxugando-o espontaneamente;
- g. muda de cor por iniciativa própria; começa a representar figuras.

---

\* Adaptação ao Modelo de Reily (1986)

## APÊNDICE K

### Fases da Aprendizagem de Colagem\*

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: .... / .... / ....           Idade: ..... anos                           Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: ... / ... / ...           Período: .....                           **Avaliação: Inicial**

A criança:

- a. passa cola no meio do papel com a mão toda;
- b. diferencia frente e verso, e vira o papel para passar cola no verso, e vira novamente para que a forma grude na folha; passa cola em excesso ou insuficiente, só no meio;
- c. passa cola com o indicador, em excesso ou insuficiente;
- d. passa cola na forma toda, mas não dosa bem a cola;
- e. passa cola na forma toda na medida certa, com independência;
- f. passa cola só nas beiradas do papel, dosando bem a quantidade de cola necessária.

Data: ... / ... / ...           Período: .....                           **Avaliação: Final**

A criança:

- a. passa cola no meio do papel com a mão toda;
- b. diferencia frente e verso, e vira o papel para passar cola no verso, e vira novamente para que a forma grude na folha; passa cola em excesso ou insuficiente, só no meio;
- c. passa cola com o indicador, em excesso ou insuficiente;
- d. passa cola na forma toda, mas não dosa bem a cola;
- e. passa cola na forma toda na medida certa, com independência;
- f. passa cola só nas beiradas do papel, dosando bem a quantidade de cola necessária.

---

\* Adaptação ao Modelo de Reily (1986)

**APÊNDICE L**  
**Fases da Aprendizagem de Recorte a Dedo\***

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: .... / .... / ....           Idade: ..... anos                           Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: ... / ... / ...           Período: .....                           **Avaliação: Inicial**

A criança:

- a. segura uma tira estreita de papel com as duas mãos com pressão palmar (o correto é movimento de pinça), e puxa em sentido lateral para rasgá-la;
- b. segura a tira de papel com movimento de pinça com as duas mãos, mas puxa em sentido lateral para rasgá-la;
- c. segura corretamente a tira de papel e rasga segurando com uma mão e puxando com a outra em sua direção, mas sem controlar a direção; rasga tiras estreitas e largas corretamente;
- d. rasga corretamente uma folha de papel, mas ainda não controla a direção;
- e. rasga uma folha corretamente numa linha reta marcada numa folha de papel;
- f. rasga corretamente linhas retas, curvas e mistas marcadas numa folha de papel.

Data: ... / ... / ...           Período: .....                           **Avaliação: Final**

A criança:

- a. segura uma tira estreita de papel com as duas mãos com pressão palmar (o correto é movimento de pinça), e puxa em sentido lateral para rasgá-la;
- b. segura a tira de papel com movimento de pinça com as duas mãos, mas puxa em sentido lateral para rasgá-la;
- c. segura corretamente a tira de papel e rasga segurando com uma mão e puxando com a outra em sua direção, mas sem controlar a direção; rasga tiras estreitas e largas corretamente;
- d. rasga corretamente uma folha de papel mas ainda não controla a direção;
- e. rasga uma folha corretamente numa linha reta marcada numa folha de papel;
- f. rasga corretamente linhas retas, curvas e mistas marcadas numa folha de papel.

---

\* Adaptação ao Modelo de Reily (1986)

## APÊNDICE M

### Fases da Aprendizagem de Recorte com Tesoura\*

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                                   ( ) Controle

DN: ...../...../.....           Idade: ..... anos                                   Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: .... / .... / ....                                   Período: .....

**Avaliação: Inicial**

A criança:

- a. segura corretamente a tesoura;
- b. pica uma tira estreita (no máximo 1 cm de largura): (1) enquanto o arteterapeuta segura a tira; (2) segurando a tira sozinha;
- c. corta uma franja com um pique por vez;
- d. corta uma tira larga, com dois piques seguidos ou mais;
- e. corta uma tira larga nos lugares indicados;
- f. corta um quadrado em dois pedaços aproximadamente iguais; faz o mesmo seguindo uma linha marcada;
- g. corta outros materiais como lã, barbante, plástico etc;
- h. recorta mais ou menos ao redor de formas geométricas desenhadas num papel, ou figuras de revista bem ressaltadas do fundo;
- i. corta uma diagonal riscada num quadrado;
- j. corta até onde vai a marca e pára quando não tem mais indicação, ou seja, sabe quando deve parar de cortar;
- k. corta em cima da linha numa forma de linhas retas;
- l. faz o mesmo em formas de linhas curvas;
- m. recorta figuras de linhas mistas: (1) simples; (2) complexas (pode-se usar figuras de revistas);
- n. recorta formas livres, sem precisar desenhá-las primeiro.

Data: .... / .... / ....                                   Período: .....

**Avaliação: Final**

A criança:

- a. segura corretamente a tesoura;
- b. pica uma tira estreita (no máximo 1 cm de largura): (1) enquanto o arteterapeuta segura a tira; (2) segurando a tira sozinha;
- c. corta uma franja com um pique por vez;
- d. corta uma tira larga, com dois piques seguidos ou mais;
- e. corta uma tira larga nos lugares indicados;
- f. corta um quadrado em dois pedaços aproximadamente iguais; faz o mesmo seguindo uma linha marcada;
- g. corta outros materiais como lã, barbante, plástico etc;
- h. recorta mais ou menos ao redor de formas geométricas desenhadas num papel, ou figuras de revista bem ressaltadas do fundo;
- i. corta uma diagonal riscada num quadrado;
- j. corta até onde vai a marca e pára quando não tem mais indicação, ou seja, sabe quando deve parar de cortar;
- k. corta em cima da linha numa forma de linhas retas;
- l. faz o mesmo em formas de linhas curvas;
- m. recorta figuras de linhas mistas: (1) simples; (2) complexas (pode-se usar figuras de revistas);
- n. recorta formas livres, sem precisar desenhá-las primeiro.

---

\* Adaptação ao Modelo de Reily (1986)



## APÊNDICE N

### Seqüência de Fases da Modelagem\*

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: .... / .... / ....           Idade: ..... anos                           Sexo: ( ) F   ( ) M

Data: .... / .... / ....           Período: .....                           **Avaliação: Inicial**

A criança:

- a. explora o material de forma primária (usando o nariz, a boca e o tato);
- b. amassa, aperta, joga e mexe com a massa. Tira partes do todo e junta-as novamente;
- c. faz cobrinhas na mesa e entre as mãos: (1) grandes, achatadas; (2) finas e uniformes;
- d. faz bolinhas na mesa, e entre as mãos;
- e. junta cobras, bolinhas e outras formas em novas combinações; nomeia o que está fazendo;
- f. forma figuras e objetos reconhecíveis, como potes simples, animais, pessoas, caracóis etc;
- g. dá atenção ao acabamento, alisando o barro e enfeitando o trabalho com impressões de objetos, riscos e desenhos.

Data: .... / .... / ....           Período: .....                           **Avaliação: Final**

A criança:

- a. explora o material de forma primária (usando o nariz, a boca e o tato);
- b. amassa, aperta, joga e mexe com a massa. Tira partes do todo e junta-as novamente;
- c. faz cobrinhas na mesa e entre as mãos: (1) grandes, achatadas; (2) finas e uniformes;
- d. faz bolinhas na mesa, e entre as mãos;
- e. junta cobras, bolinhas e outras formas em novas combinações; nomeia o que está fazendo;
- f. forma figuras e objetos reconhecíveis, como potes simples, animais, pessoas, caracóis etc;
- g. dá atenção ao acabamento, alisando o barro e enfeitando o trabalho com impressões de objetos, riscos e desenhos.

---

\* Adaptação ao Modelo de Reily (1986)

**APÊNDICE O**  
**Ficha de Avaliação do Desempenho do Fazer Tridimensional da Criança**  
**(Construção de Objetos)\***

Nome da criança: .....

Grupo em Estudo:           ( ) Experimental                           ( ) Controle

DN: ...../...../.....           Idade: ..... anos           Sexo: ( ) F   ( ) M

EC	OO	JO	FT	FP	EB	FHI	FHC
Avaliação Inicial Data:							
Avaliação Final Data:							

**LEGENDA:**

EC – Etapas da construção de objetos

OO – Objeto Original

JO – Junção de Objetos

FT – Forma Triangular

FP - Forma Piramidal

EB – Estrutura de Base

FHI – Forma Incompleta, incluindo a Figura Humana Incompleta

FHC – Forma Complexa incluindo a Figura Humana Completa

---

\* Modelo baseado em Costa (1997)



**Legenda:**

1.a) Variedade na produção expressiva: quando existe uma diversidade produtiva nos trabalhos, pela variedade de elementos;

1.b) Empobrecimento da produção expressiva: quando os trabalhos não possuem diversidade ou variedade de elementos na sua produção.

2.a) Policromático: significa um trabalho apresentado uma diversidade cromática;

2.b) Monocromático: significa um trabalho apresentando apenas uma ou nenhuma cor.

3.a) Imagem bem configurada: reflete exatidão ou clareza das formas expressivas, demonstrando domínio sobre sua capacidade de expressar sua intenção;

3.b) Imagem mal configurada: reflete dificuldade em definir as formas ou omissão de elementos.

4.a) Muito criativo: demonstra independência, facilidade em elaborar um trabalho expressivo;

4.b) Pouco criativo: demonstra pouca originalidade, flexibilidade, fluência, elaboração e avaliação ao desenvolver os trabalhos.

5.a) Simetria: corresponde ao equilíbrio axial, a uma formulação visual resolvida, no qual cada unidade de um lado da linha central é rigorosamente repetida do outro lado;

5.b) Assimetria: é quando os elementos de um lado da linha central não se repetem do outro lado da obra.

6.a) Regularidade: constitui a uniformidade dos elementos e o desenvolvimento de uma seqüência ordenada por algum princípio ou método constante e invariável;

6.b) Irregularidade: constitui a ênfase em inesperado e no insólito e de certa forma caótico, sem se adequar a nenhum plano decifrável

7.a) Complexidade: equiivale à riqueza de detalhes, caracterizada pela distinção de sexo e dos tipos de personagens, nas vestimentas e objetos, nas atividades e funções (convenções socioculturais) dos elementos, além da maior complexidade de justapor, congregar, encaixar, preencher, repartir, dividir, retirar, combinar, associar etc. Pode apresentar diferença de estilo;

7.b) Simplicidade: equiivale a pobreza de detalhes.

8.a) Unidade: é uma forma de equilíbrio de elementos diversos de uma determinada totalidade percebida visualmente ou sua integração;

8.b) Fragmentação: é a decomposição dos elementos e unidade de um elemento em partes distintas, mas que se relacionam entre si apesar de manter um caráter individual.

9.a) Equilíbrio: sugere tamanho e proporção equilibrados ou distribuição harmoniosa de linhas, formas e cores, ou boa organização espacial entre o mesmo elemento ou a relação entre os elementos contemplados na obra;

9.b) Desequilíbrio: sugere que o elemento seja extravagante, ampliado, intensivo ou, ainda, muito abrandado, gerando desproporção do(s) elemento(s) visual(is).

10.a) Atividade: reflete movimento e ação, pela representação ou sugestão;

10.b) Estático: reflete rigidez dos elementos.

11.a) Exatidão: simboliza o objeto de acordo com sua aparência visual real;

11.b) Distorção: sugere adulteração, omissão, desvio ou desobediência nas proporções das imagens trabalhadas.

12. a) Profundidade: quando há presença de perspectiva e de suas leis, do efeito claro-escuro ou criação de planos, sobreposições e aparecimento da tridimensionalidade;

12. b) Planura: quando não há o efeito de luz e sombra.



19) Tom	clareza (claro), neutro	obscuridade (escuro)
20) Direção: horizontal/vertical/diagonal/curva		
21) Forma: quadrado/círculo/triângulo		
22) Textura: visual/ tátil (leve, moderada, forte)		
23) Utilização do espaço: utilizou toda a folha, u. pouco mais da metade superior, u. bem o espaço, u. quase todo o espaço, u. um terço da folha, u. dois terços superiores da folha, u. praticamente todo o espaço da folha, u. metade da folha na horizontal, u. a folha mais centralizada na vertical, u. a metade superior da folha, u. o centro da folha etc		
24) Localização	centralizado	desvios: para a D, E, superior, inferior
25) Contraste/harmonia: cores, tons, forma, escala		
26) Características: transparência, planos deitados (axial e irradiante), linha de base e o céu. Perspectiva, simboliza o objeto pela aparência visual, opacidade, planos e sobreposições		
27) Casa: porta, janela, telhado, paredes, chaminé, fumaça, perspectiva, linha de solo, acessórios		
28) Árvore: raízes, galhos, frutos, terra, tronco, copa, flor (miolo), acessórios, base no papel		
29) Figura Humana: cabeça, olhos, boca, braços, mãos, pernas, pés, bifurcação, tronco, nariz, orelhas, cabelo, dedos, seios, genitais, dentes, roupas		

**APÊNDICE R**  
**Distribuição das Crianças no Estudo**

**QUADRO 10** - Distribuição das crianças no estudo. Goiânia - 2003

<b>Nº</b>	<b>CRIANÇAS *</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE (anos/meses)</b>	<b>GRUPO</b>
01	Gilson	M	07,07	Experimental
02	Daniel	M	10,10	Controle
03	Lara	F	10,11	Experimental
04	Nélio	M	08,08	Controle
05	Tamar	F	08,10	Experimental
06	Joana	F	10,11	Controle
07	Raquel	F	08,07	Experimental
08	Bruna	F	09,09	Controle
09	Délcio	M	10,11	Experimental
10	Tereza	F	10,11	Controle
11	Taísa	F	10,11	Experimental
12	Rui	M	09,00	Controle
13	Vera	F	10,01	Experimental
14	Lucas	M	10,11	Controle
15	George	M	09,04	Experimental
16	Túlio	M	10,11	Controle
17	Álvaro	M	10,05	Experimental
18	Carla	F	09,10	Controle
19	Alberto	M	09,05	Experimental
20	Telma	F	07,07	Controle

---

\* Nomes fictícios

**APÊNDICE S**  
**Pontuações na avaliação do Comportamento, do Desenvolvimento e das**  
**Produções Plásticas**

**QUADRO 11** – Pontuação total relativa à avaliação do comportamento das crianças do grupo A (experimental), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003

Crianças*	Avaliação Inicial/escore total			Avaliação Final/escore total		
	Artt/70	Mat/98	CNV/26	Artt/70	Mat/98	CNV/26
1. Gilson	45	67	16	58	93	23
2. Lara	38	65	20	36	56	18
3. Tamar	39	50	19	66	92	25
4. Raquel	40	51	15	61	93	24
5. Délcio	48	75	18	58	82	24
6. Taísa	46	66	19	64	93	26
7. Vera	43	51	21	67	93	25
8. George	34	50	15	63	95	25
9. Álvaro	46	66	23	60	85	25
10. Alberto	42	55	20	61	85	25

**Legenda:**

Artt - Arteterapia

Mat - Material

CNV - Comunicação Não-verbal

**QUADRO 12** – Pontuação total relativa à avaliação do comportamento das crianças do grupo B (controle), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003

Crianças**	Avaliação Inicial			Avaliação Final		
	Artt	Material	CNV	Artt	Material	CNV
1. Daniel	48	70	16	48	70	16
2. Nélio	59	80	25	59	82	25
3. Joana	42	70	21	45	71	24
4. Bruna	52	77	24	52	79	24
5. Tereza	49	72	23	49	70	23
6. Rui	27	32	18	27	32	18
7. Lucas	50	80	23	49	75	23
8. Túlio	45	82	24	46	77	24
9. Carla	53	69	23	53	70	23
10. Telma	58	81	24	58	77	24

**Legenda:**

Artt - Arteterapia

Mat - Material

CNV - Comunicação Não-verbal

\* Nomes fictícios

\*\* Nomes fictícios



**QUADRO 13** – Pontuação total relativa à avaliação do desenvolvimento plástico das crianças do grupo A (experimental), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003

Crianças	Avaliação Inicial								Avaliação Final							
	DG	PE	PI	CL	RD	RT	M D	CT	DG	PE	PI	CL	RD	RT	M D	CT
1.Gilson	05	03	01	04	04	13	02	03	05	03	04	05	04	13	06	05
2.Lara	04	02	06	05	04	13	06	02	04	02	06	-	-	-	-	-
3.Tamar	03	02	07	06	02	12	06	04	03	03	07	06	02	12	07	07
4.Raquel	02	01	01	06	03	10	06	03	03	02	07	06	03	10	07	07
5.Délcio	03	03	05	04	05	13	06	04	04	03	06	05	05	13	06	07
6.Taísa	05	03	04	05	04	13	06	05	06	03	07	05	04	13	07	06
7.Vera	04	03	07	04	04	11	06	01	05	03	07	04	04	11	06	05
8.George	05	03	07	04	04	11	06	02	07	03	07	04	04	11	07	07
9.Álvaro	05	02	06	03	04	13	06	01	05	03	07	05	04	13	07	01
10.Alberto	03	02	01	05	04	13	06	04	06	03	07	05	04	13	07	04

**Legenda:**

DG – Desenvolvimento Gráfico (escore 09)

PE – Fases da Perspectiva (escore 05)

PI – Fases da Pintura (escore 07)

CL – Fases da Colagem (escore 06)

RD – Fases do Recorte a Dedo (escore 06)

RT – Fases do Recorte com Tesoura (escore 14)

MD – Sequência da Modelagem (escore 07)

CT – Desenvolvimento da Construção (escore 07)

**QUADRO 14** – Pontuação total relativa à avaliação do desenvolvimento plástico das crianças do grupo B (controle), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003

Crianças	Avaliação Inicial								Avaliação Final							
	DG	PE	PI	CL	RD	RT	M D	CT	DG	PE	PI	CL	RD	RT	M D	CT
1.Daniel	04	03	07	05	04	13	06	04	04	03	07	05	04	13	06	02
2.Nélio	03	02	07	05	04	06	06	05	03	02	07	05	04	06	06	05
3.Joana	04	03	07	06	04	13	06	05	05	04	07	06	04	13	06	04
4.Bruna	05	02	07	04	04	12	06	04	05	02	07	04	04	12	06	04
5.Tereza	05	02	07	05	04	13	06	04	05	02	07	05	04	13	06	04
6.Rui	-	-	01	05	04	12	07	04	-	-	01	05	04	12	06	03
7.Lucas	07	04	07	04	05	13	06	04	04	03	07	04	05	13	06	04
8.Túlio	05	03	07	04	05	13	07	05	04	02	07	04	05	13	07	07
9.Carla	03	02	07	04	05	12	06	04	03	02	07	04	05	12	06	04
10.Telma	06	03	07	04	04	11	06	01	06	03	07	04	04	11	06	01

**Legenda:**

DG – Desenvolvimento Gráfico (escore 09)

PE – Fases da Perspectiva (escore 05)

PI – Fases da Pintura (escore 07)

CL – Fases da Colagem (escore 06)

RD – Fases do Recorte a Dedo (escore 06)

RT – Fases do Recorte com Tesoura (escore 14)

MD – Sequência da Modelagem (escore 07)

CT – Desenvolvimento da Construção (escore 07)

**QUADRO 15** – Pontuação total relativa à avaliação da produção plástica das crianças do grupo A (experimental), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003

Crianças	Avaliação Inicial					Avaliação Final				
	Desenho	Pintura	Colagem	Modelagem	Construção	Desenho	Pintura	Colagem	Modelagem	Construção
1.Gilson	36	35	35	25	33	48	43	59	45	46
2.Lara	46	39	36	41	31	46	42	-	-	-
3.Tamar	38	39	26	34	40	49	45	46	56	50
4.Raquel	26	31	28	43	21	47	45	28	51	54
5.Délcio	36	44	25	37	32	41	44	51	51	45
6.Táísa	45	41	13	43	34	54	53	56	57	50
7.Vera	26	45	38	38	19	59	55	58	56	59
8.George	33	32	23	39	33	57	54	58	44	58
9.Álvaro	41	34	35	39	26	57	51	39	44	35
10.Alberto	31	20	25	46	47	59	54	57	50	53

Escore total 60

**QUADRO 16** – Pontuação total relativa à avaliação da produção plástica das crianças do grupo B (controle), nos períodos inicial e final. Goiânia - 2003

Crianças	Avaliação Inicial					Avaliação Final				
	Desenho	Pintura	Colagem	Modelagem	Construção	Desenho	Pintura	Colagem	Modelagem	Construção
1.Daniel	37	49	37	40	36	34	44	40	45	33
2.Nélio	50	48	34	38	34	44	48	38	41	38
3.Joana	49	47	40	38	43	45	46	39	38	44
4.Bruna	53	50	34	46	37	50	49	37	51	42
5.Tereza	50	45	38	55	41	52	47	28	54	45
6.Rui	-	32	41	47	39	-	34	42	42	39
7.Lucas	47	54	37	52	42	43	36	40	51	42
8.Túlio	57	50	36	60	47	46	44	39	56	49
9.Carla	43	43	39	48	36	39	40	44	47	33
10.Telma	55	53	49	54	58	55	49	49	56	45

Escore total 60

**APÊNDICE T**  
**Pontuações Relativas ao Comportamento, Desenvolvimento e Produções**  
**Plásticas nas Categorias dos Instrumentos Utilizados**

**a) Avaliação do comportamento em relação à arteterapeuta**

**QUADRO 17** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à arteterapeuta, na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Categorias de comportamento</b>										
1.Não agressivo - Agressivo	05	04	04	05	05	05	05	04	05	04
2.Tranquilo - Provocativo	03	04	04	04	05	04	04	02	05	04
3.Respeitoso - Desrespeitoso	06	04	04	05	05	05	04	04	05	04
4.Obediente - Desobediente	06	04	05	05	06	05	04	03	05	05
5.Comunicativo – Arredio	04	04	02	01	02	04	04	02	04	03
6.Solícito - Rebelde	02	04	03	04	04	05	04	04	05	05
7.Relaxado – Tenso	04	04	03	02	04	04	04	02	05	03
8.Tímido - Saliente	04	04	04	04	06	05	04	04	04	05
9.Independente - Dependente	06	02	05	05	05	05	05	05	03	05
10.Controlado - Explosivo	05	04	05	05	06	04	05	04	05	04

Escore Total 7

**QUADRO 18** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à arteterapeuta, na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Categorias de comportamento</b>										
1.Não agressivo - Agressivo	07	03	07	07	06	07	07	07	06	07
2.Tranquilo - Provocativo	04	04	07	07	06	07	07	06	07	06
3.Respeitoso - Desrespeitoso	07	04	06	07	06	06	06	06	07	06
4.Obediente - Desobediente	07	04	06	07	06	06	06	06	06	06
5.Comunicativo – Arredio	05	03	07	05	05	07	07	05	06	06
6.Solícito - Rebelde	04	04	06	06	05	06	07	06	06	06
7.Relaxado – Tenso	06	03	07	07	06	07	07	07	07	06
8.Tímido - Saliente	04	04	06	06	06	05	06	06	04	06
9.Independente - Dependente	07	04	07	07	06	07	07	07	05	06
10.Controlado - Explosivo	07	03	07	06	06	06	07	07	06	06

Escore Total 7

**QUADRO 19** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à arteterapeuta, na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Não agressivo - Agressivo	05	06	05	06	05	03	05	06	06	06
2.Tranquilo - Provocativo	05	06	05	06	05	02	05	06	05	06
3.Respeitoso - Desrespeitoso	05	06	05	05	05	04	05	04	06	06
4.Obediente - Desobediente	06	06	05	05	05	04	05	02	05	06
5.Comunicativo – Arredio	02	06	04	05	04	01	05	05	06	05
6.Solícito - Rebelde	04	05	04	04	04	04	05	04	05	06
7.Relaxado – Tenso	04	06	03	06	05	01	05	05	05	06
8.Tímido - Saliente	06	06	04	04	05	03	05	04	04	05
9.Independente - Dependente	05	06	03	06	05	04	05	05	06	06
10.Controlado - Explosivo	06	06	04	05	06	01	05	04	05	06

Escore Total 7

**QUADRO 20** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à arteterapeuta, na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Não agressivo - Agressivo	05	07	05	06	05	03	05	06	06	06
2.Tranquilo - Provocativo	05	06	05	06	05	02	05	06	05	06
3.Respeitoso - Desrespeitoso	05	06	05	05	05	04	05	04	06	06
4.Obediente - Desobediente	06	06	05	05	05	04	05	02	05	06
5.Comunicativo – Arredio	02	07	05	06	04	01	04	05	06	05
6.Solícito - Rebelde	04	05	04	04	04	04	05	04	05	06
7.Relaxado – Tenso	04	06	05	05	05	01	05	05	05	06
8.Tímido - Saliente	06	05	04	04	05	03	05	04	04	05
9.Independente - Dependente	05	06	03	06	05	04	05	06	06	06
10.Controlado - Explosivo	06	05	04	05	06	01	05	04	05	06

Escore Total 7

**b) Avaliação do comportamento em relação ao material**

**QUADRO 21** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação ao material, na avaliação inicial. Goiânia – 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Sossegado – Inquieto	06	04	02	04	06	05	04	03	05	04
2.Reflexivo – Impulsivo	05	04	02	04	05	05	04	03	05	05
3.Ordeiro – Desordeiro	04	05	04	05	05	04	04	05	03	04
4.Aplicado – Vadio	06	04	05	05	05	05	04	04	05	04
5.Relaxado – Tenso	06	04	03	03	05	04	04	03	05	03
6.Discreto – Saliente	05	05	04	04	06	05	04	05	04	05
7.Dinâmico – Apático	04	05	05	01	06	04	02	02	05	02
8.Rápido – Lento	01	04	03	02	05	03	02	03	05	05
9.Atento – Desatento	05	05	05	05	06	05	03	05	05	03
10.Interessado – Desinteressado	06	05	04	04	06	05	04	03	05	03
11.Participativo – Retraído	05	05	03	01	05	05	04	02	05	05
12.Orientado – Confuso	04	05	03	05	05	05	04	03	05	05
13.Persistente – Não persistente	06	05	03	04	05	06	04	04	05	03
14.Cuidadoso - Descuidado	04	05	04	04	05	05	04	05	04	04

Escore Total 7

**QUADRO 22** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação ao material, na avaliação final. Goiânia – 2003

Avaliação/Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Sossegado – Inquieto	07	03	07	07	07	07	07	07	06	06
2.Reflexivo – Impulsivo	06	03	06	07	06	07	07	07	07	07
3.Ordeiro – Desordeiro	04	05	06	07	05	05	05	07	03	06
4.Aplicado – Vadio	07	04	07	07	06	07	07	07	07	07
5.Relaxado – Tenso	07	03	07	07	06	07	07	06	07	06
6.Discreto – Saliente	07	05	06	06	06	06	06	07	04	05
7.Dinâmico – Apático	07	04	07	06	06	07	07	07	07	06
8.Rápido – Lento	06	04	06	06	06	06	06	06	07	06
9.Atento – Desatento	07	05	07	07	06	07	07	07	07	07
10.Interessado – Desinteressado	07	03	07	07	06	07	07	07	07	06
11.Participativo – Retraído	07	04	07	07	06	07	07	07	07	07
12.Orientado – Confuso	07	05	06	06	06	06	07	06	06	05
13.Persistente – Não persistente	07	03	07	07	05	07	07	07	06	06
14.Cuidadoso - Descuidado	07	05	06	06	05	07	06	07	04	05

Escore Total 7

**QUADRO 23** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação ao material, na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Sossegado – Inquieto	06	06	05	06	06	01	05	05	05	06
2.Reflexivo – Impulsivo	05	06	05	05	05	01	05	06	06	06
3.Ordeiro – Desordeiro	05	05	05	05	05	04	06	05	04	05
4.Aplicado – Vadio	05	06	05	05	05	03	06	06	05	06
5.Relaxado – Tenso	03	06	05	06	05	01	06	05	04	06
6.Discreto – Saliente	06	06	05	05	05	02	05	04	05	06
7.Dinâmico – Apático	05	06	05	06	05	02	06	07	05	06
8.Rápido – Lento	04	05	06	05	05	03	06	05	04	05
9.Atento – Desatento	06	05	05	06	05	03	06	07	05	06
10.Interessado – Desinteressado	06	06	05	06	05	03	06	06	06	07
11.Participativo – Retraído	04	06	05	06	06	03	06	07	05	06
12.Orientado – Confuso	05	06	05	05	05	01	05	06	05	05
13.Persistente – Não persistente	05	06	04	05	05	01	06	07	05	06
14.Cuidadoso - Descuidado	05	05	05	06	05	04	06	06	05	05

Escore Total 7

**QUADRO 24** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação ao material, na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Sossegado – Inquieto	06	05	05	06	06	01	05	05	05	06
2.Reflexivo – Impulsivo	05	06	05	05	05	01	05	06	06	05
3.Ordeiro – Desordeiro	05	04	05	05	05	04	06	05	04	05
4.Aplicado – Vadio	05	06	05	05	04	03	05	05	05	05
5.Relaxado – Tenso	03	07	05	06	05	01	06	05	04	06
6.Discreto – Saliente	06	06	05	05	05	02	05	04	05	06
7.Dinâmico – Apático	05	07	05	06	05	02	05	06	05	06
8.Rápido – Lento	04	05	06	06	05	03	06	05	05	06
9.Atento – Desatento	06	05	05	06	05	03	06	06	05	05
10.Interessado – Desinteressado	06	07	05	06	05	03	05	06	06	07
11.Participativo – Retraído	04	07	05	06	06	03	05	06	05	05
12.Orientado – Confuso	05	06	05	06	05	01	05	06	05	05
13.Persistente – Não persistente	05	06	05	05	04	01	05	06	05	05
14.Cuidadoso - Descuidado	05	05	05	06	05	04	06	06	05	05

Escore Total 7

**c) Avaliação do comportamento em relação à comunicação não-verbal**

**QUADRO 25** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Postura	01	02	01	01	02	01	01	01	02	01
2.Contato com os olhos	01	01	01	01	01	02	02	01	02	02
3.Móveis	02	02	02	01	02	01	02	01	02	02
4.Expressão facial	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
5.Maneirismos	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
6.Volume da voz	01	02	02	01	01	02	02	02	02	02
7.Ritmo de voz	01	02	02	01	01	02	02	01	02	02
8.Nível de energia	01	02	01	01	02	01	01	01	02	01
9.Distância interpessoal	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
10.Toque	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
11.Cabeça	02	02	02	02	02	02	02	01	02	02
12.Postura corporal	01	01	01	01	01	01	02	01	02	01
13.Paraverbal	01	01	02	01	01	02	02	01	02	02

Escore Total 2

**QUADRO 26** – Pontuação total da avaliação de comportamento dos sujeitos do grupo A (experimental), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Postura	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02
2.Contato com os olhos	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02
3.Móveis	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
4.Expressão facial	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02
5.Maneirismos	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
6.Volume da voz	01	02	02	01	01	02	02	02	02	02
7.Ritmo de voz	01	02	02	02	02	02	02	02	02	02
8.Nível de energia	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02
9.Distância interpessoal	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02
10.Toque	01	01	01	01	01	02	01	01	01	01
11.Cabeça	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
12.Postura corporal	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02
13.Paraverbal	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02

Escore Total 2

**QUADRO 27** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Postura	01	02	01	02	01	01	02	02	02	02
2.Contato com os olhos	01	02	02	02	02	01	02	02	02	02
3.Móveis	02	02	01	02	02	02	02	02	02	02
4.Expressão facial	01	02	01	02	02	01	01	02	01	02
5.Maneirismos	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
6.Volume da voz	01	02	02	02	02	02	02	02	02	02
7.Ritmo de voz	01	02	02	02	02	02	02	02	02	02
8.Nível de energia	01	02	01	02	02	01	02	02	02	02
9.Distância interpessoal	01	02	02	02	01	01	01	01	01	01
10.Toque	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
11.Cabeça	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
12.Postura corporal	01	02	02	01	02	01	02	02	02	02
13.Paraverbal	01	02	02	02	02	01	02	02	02	02

Escore Total 2

**QUADRO 28** – Pontuação total da avaliação do comportamento dos sujeitos do grupo B (controle), em relação à comunicação não-verbal, na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Postura	01	02	02	02	01	01	02	02	02	02
2.Contato com os olhos	01	02	02	02	02	01	02	02	02	02
3.Móveis	02	02	01	02	02	02	02	02	02	02
4.Expressão facial	01	02	02	02	02	01	01	02	01	02
5.Maneirismos	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
6.Volume da voz	01	02	02	02	02	02	02	02	02	02
7.Ritmo de voz	01	02	02	02	02	02	02	02	02	02
8.Nível de energia	01	02	02	02	02	01	02	02	02	02
9.Distância interpessoal	01	02	02	02	01	01	01	01	01	01
10.Toque	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
11.Cabeça	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
12.Postura corporal	01	02	02	01	02	01	02	02	02	02
13.Paraverbal	01	02	02	02	02	01	02	02	02	02

Escore Total 2



**d) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação ao desenvolvimento gráfico**

**TABELA 8** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases de avaliação do desenvolvimento gráfico, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>	AI <sup>2</sup>	AF <sup>2</sup>
1. 1ª fase- Garatuja	-	-	-	-
2. 2ª fase- Garatuja	01	-	-	-
3. 1 e 2ª fase- Pré-esquemática	03	02	02	02
4. 1ª fase- Esquemática	02	02	02	03
5. 2ª fase- Esquemática	04	03	03	03
6. 1ª fase- Realismo	-	02	01	01
7. 2ª fase- Realismo	-	01	01	-
8. 1ª fase- Naturalismo	-	-	-	-
9. 2ª fase- Naturalismo	-	-	-	-

1: N = 10 2: N = 09

AI: avaliação inicial AF: avaliação final

**e) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação às fases da perspectiva**

**TABELA 9** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da perspectiva, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>	AI <sup>2</sup>	AF <sup>2</sup>
1. Incompreensão da perspectiva	01	-	-	-
2. Representação do objeto	04	02	04	05
3. Começo dos pontos de vista	05	08	04	03
4. Diferenciação dos pontos de vista	-	-	01	01
5. Acabamento das alterações formais	-	-	-	-

1: N = 10 2: N = 09

AI: avaliação inicial AF: avaliação final

**f) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação às fases da pintura**

**TABELA 10** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da pintura, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>
1. a	03	-	01	01
2. b	-	-	-	-
3. c	-	-	-	-
4. d	01	01	-	-
5. e	01	-	-	-
6. f	02	02	-	-
7. g	03	07	09	09

1: N = 10

AI: avaliação inicial AF: avaliação final

**Legenda:**

- a) segura o pincel corretamente
- b) pinta, no meio do papel, uma cor sobre as outras; troca de cor com o outro, mas ainda não lava o pincel
- c) põe o pincel numa cor, e depois na outra, esquecendo de lavar o pincel ao terminar com a primeira cor
- d) começa a usar o papel todo, mas ainda sobrepõe as cores; pinta algumas formas, e não só áreas coloridas
- e) lembra de lavar o pincel depois de cada cor, mas o chacoalha no ar, ou deixa-o pingando ao invés de passá-lo na beirada do pote, ou enxugá-lo num trapo
- f) usa o pincel todo, e mantém as cores originais, sem pintar uma sobre a outra; lava o pincel, enxugando-o espontaneamente
- g) muda de cor por iniciativa própria; começa a representar figuras

### g) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação às fases da colagem

**TABELA 11** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da colagem, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>2</sup>	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>
1. Passa cola no meio do papel com a mão toda	-	-	-	-
2. Passa cola só no meio, em excesso ou insuficiente	-	-	-	-
3. Passa cola com o indicador, em excesso ou insuficiente	01	-	-	-
4. Passa cola na forma toda, mas não dosa bem a cola	04	02	05	05
5. Passa cola na forma toda com quantidade certa	03	05	04	04
6. Passa cola só nas beiradas com quantidade certa	02	02	01	01

1: N = 10    2: N = 09

AI: avaliação inicial    AF: avaliação final

### h) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação às fases do recorte a dedo

**TABELA 12** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases do recorte a dedo, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>2</sup>	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>
1. a	-	-	-	-
2. b	01	01	-	-
3. c	01	01	-	-
4. d	07	06	07	07
5. e	01	01	03	03
6. f	-	-	-	-

1: N = 10    2: N = 09

AI: avaliação inicial    AF: avaliação final

#### Legenda:

a) segura uma tira estreita de papel com as duas mãos com pressão palmar (o correto é movimento de pinça), e puxa em sentido lateral para rasgá-la

b) segura a tira de papel com movimento de pinça com as duas mãos, mas puxa em sentido lateral para rasgá-la

c) segura corretamente a tira de papel e rasga segurando com uma mão e puxando com a outra em sua direção, mas sem controlar a direção; rasga tiras estreitas e largas corretamente

d) rasga corretamente uma folha de papel, mas ainda não controla a direção

e) rasga uma folha corretamente numa linha reta marcada numa folha de papel

f) rasga corretamente linhas retas, curvas e mistas marcadas numa folha de papel

**i) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação às fases do recorte com tesoura**

**TABELA 13** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases do recorte com tesoura, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>2</sup>	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>
1. a	-	-	-	-
2. b	-	-	-	-
3. c	-	-	-	-
4. d	-	-	-	-
5. e	-	-	-	-
6. f	-	-	01	01
7. g	-	-	-	-
8. h	-	-	-	-
9. i	-	-	-	-
10. j	01	01	-	-
11. k	02	02	01	01
12. l	01	01	03	03
13. m	06	05	05	05
14. n	-	-	-	-

1: N = 10    2: N = 09

AI: avaliação inicial    AF: avaliação final

**Legenda:**

- a) segura corretamente a tesoura
- b) pica uma tira estreita (no máximo 1 cm de largura): (1) enquanto o arteterapeuta segura a tira; (2) segurando a tira sozinha
- c) corta uma franja com um pique por vez
- d) corta uma tira larga, com dois piques seguidos ou mais
- e) corta uma tira larga nos lugares indicados
- f) corta um quadrado em dois pedaços aproximadamente iguais; faz o mesmo seguindo uma linha marcada
- g) corta outros materiais como lã, barbante, plástico etc
- h) recorta mais ou menos ao redor de formas geométricas desenhadas num papel, ou figuras de revista bem ressaltadas do fundo
- i) corta uma diagonal riscada num quadrado
- j) corta até onde vai a marca e pára quando não tem mais indicação, ou seja, sabe quando deve parar de cortar
- k) corta em cima da linha numa forma de linhas retas
- l) faz o mesmo em formas de linhas curvas
- m) recorta figuras de linhas mistas: (1) simples; (2) complexas (pode-se usar figuras de revistas)
- n) recorta formas livres, sem precisar desenhá-las primeiro

**j) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação às fases da modelagem**

**TABELA 14** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases de modelagem, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>2</sup>	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>
1. a)	-	-	-	-
2. b)	01	-	-	-
3. c)	-	-	-	-
4. d)	-	-	-	-
5. e)	-	-	-	-
6. f)	09	02	08	09
7. g)	-	07	02	01

1: N = 10    2: N = 09

AI: avaliação inicial    AF: avaliação final

**Legenda:**

- a) explora o material de forma primária (usando o nariz, a boca e o tato)
- b) amassa, aperta, joga e mexe com a massa. Tira partes do todo e junta-as novamente
- c) faz cobrinhas na mesa e entre as mãos: (1) grandes, achatadas; (2) finas e uniformes
- d) faz bolinhas na mesa, e entre as mãos
- e) junta cobras, bolinhas e outras formas em novas combinações; nomeia o que está fazendo
- f) forma figuras e objetos reconhecíveis, como potes simples, animais, pessoas, caracóis etc
- g) dá atenção ao acabamento, alisando o barro e enfeitando o trabalho com impressões de objetos, riscos e desenhos

**k) Avaliação do desenvolvimento plástico em relação ao desenvolvimento tridimensional (construção)**

**TABELA 15** – Número de sujeitos do grupo A (experimental) e do grupo B (controle) nas fases da construção, nas avaliações inicial e final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias	GA - Experimental		GB - Controle	
	AI <sup>1</sup>	AF <sup>2</sup>	AI <sup>1</sup>	AF <sup>1</sup>
1. OO	02	01	01	01
2. JO	02	-	-	01
3. FT	02	-	-	01
4. FP	03	01	06	05
5. EB	01	02	03	01
6. FHI	-	01	-	-
7. FHC	-	04	-	01

1: N = 10    2: N = 09

AI: avaliação inicial    AF: avaliação final

**Legenda:**

OO – Objeto Original

JO – Junção de Objetos

FT – Forma Triangular

FP - Forma Piramidal

EB – Estrutura de Base

FHI – Forma Incompleta, incluindo a Figura Humana Incompleta

FHC – Forma Complexa incluindo a Figura Humana Completa

### I) Avaliação da produção plástica em relação ao desenho

**QUADRO 29** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	03	04	01	02	02	03	02	01	03	01
2.Cor	05	04	01	04	03	03	02	01	05	01
3.Configuração das imagens	04	04	04	01	04	04	02	05	03	05
4.Criatividade	03	04	04	01	03	03	02	01	03	01
5.Simetria	03	04	04	02	03	04	03	05	04	04
6.Regularidade	04	04	04	03	04	05	04	05	03	03
7.Complexidade	03	04	03	01	03	04	02	01	03	02
8.Unidade	05	04	05	04	05	05	02	05	04	02
9.Equilíbrio	02	04	04	03	03	04	02	05	04	04
10.Atividade	01	03	03	02	01	03	01	01	04	03
11.Exatidão das imagens	02	03	04	02	04	04	02	02	03	03
12.Profundidade	01	04	01	01	01	03	02	01	02	02

Escore total 5

**QUADRO 30** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	05	03	04	04	02	05	02	05	05	05
2.Cor	05	05	05	05	04	05	02	05	05	05
3.Configuração das imagens	04	04	04	04	04	05	02	05	05	05
4.Criatividade	05	04	05	04	04	04	02	04	05	05
5.Simetria	04	03	02	04	03	04	02	04	05	04
6.Regularidade	04	04	05	05	04	05	02	05	05	05
7.Complexidade	04	04	05	04	04	04	02	05	05	05
8.Unidade	05	04	05	05	05	05	02	05	05	05
9.Equilíbrio	03	04	04	05	04	05	02	05	05	05
10.Atividade	04	04	05	02	01	04	01	05	05	05
11.Exatidão das imagens	04	04	04	04	04	04	02	04	05	05
12.Profundidade	01	03	01	01	02	04	02	05	02	05

Escore total 502

**QUADRO 31** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	03	05	03	05	05	-	05	05	05	05
2.Cor	05	04	04	05	05	-	05	05	05	05
3.Configuração das imagens	02	04	04	05	04	-	04	04	02	04
4.Criatividade	03	05	03	05	05	-	03	05	05	05
5.Simetria	04	04	03	04	03	-	04	04	04	04
6.Regularidade	05	05	04	04	04	-	04	05	05	05
7.Complexidade	01	04	03	05	04	-	03	05	05	05
8.Unidade	05	05	05	05	05	-	04	05	02	05
9.Equilíbrio	03	05	04	04	04	-	04	05	03	05
10.Atividade	01	04	02	04	04	-	03	05	05	05
11.Exatidão das imagens	04	04	04	03	04	-	04	05	01	03
12.Profundidade	01	01	01	04	03	-	04	04	01	04

Escore total 5

**QUADRO 32** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação ao desenho dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	04	04	05	04	05	-	04	03	04	05
2.Cor	04	04	05	05	05	-	05	04	04	05
3.Configuração das imagens	02	04	04	05	04	-	04	03	02	04
4.Criatividade	03	04	04	04	05	-	04	03	05	05
5.Simetria	02	04	03	04	04	-	04	05	04	04
6.Regularidade	05	05	03	04	04	-	04	05	05	05
7.Complexidade	01	02	04	04	04	-	02	03	04	05
8.Unidade	05	05	05	05	05	-	03	05	02	05
9.Equilíbrio	02	05	04	04	05	-	04	05	03	05
10.Atividade	01	02	03	04	04	-	03	04	04	05
11.Exatidão das imagens	04	04	04	03	04	-	03	04	01	03
12.Profundidade	01	01	01	04	03	-	03	02	01	04

Escore total 5



**m) Avaliação da produção plástica em relação à pintura**

**QUADRO 33** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	02	03	02	02	05	02	04	04	04	03
2.Cor	01	03	04	01	05	04	05	02	02	01
3.Configuração das imagens	04	04	04	04	04	04	05	04	03	01
4.Criatividade	03	03	03	02	04	03	03	02	03	02
5.Simetria	03	03	02	03	02	04	04	02	03	01
6.Regularidade	04	04	04	03	04	04	05	02	03	03
7.Complexidade	03	02	03	02	04	03	03	04	02	01
8.Unidade	05	04	05	04	04	04	05	02	04	03
9.Equilíbrio	02	04	04	03	03	04	04	02	04	01
10.Atividade	03	03	03	03	03	04	03	04	04	01
11.Exatidão das imagens	04	04	04	02	02	04	02	02	01	02
12.Profundidade	01	02	01	02	04	01	02	02	01	01

Score total 5

**QUADRO 34** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	01	03	02	04	03	04	05	05	05	03
2.Cor	04	04	05	04	04	05	05	05	05	05
3.Configuração das imagens	04	04	05	04	04	04	05	04	04	05
4.Criatividade	04	03	04	04	03	04	05	05	04	04
5.Simetria	04	04	02	03	04	04	04	05	04	05
6.Regularidade	04	04	04	04	04	04	05	05	04	04
7.Complexidade	04	02	05	04	03	05	04	04	04	04
8.Unidade	05	04	05	04	04	05	05	05	05	05
9.Equilíbrio	04	04	04	04	04	04	04	05	05	05
10.Atividade	04	04	04	04	04	05	04	05	05	05
11.Exatidão das imagens	04	04	04	02	04	05	05	04	03	05
12.Profundidade	01	02	01	04	03	04	04	02	03	04

Score total 5

**QUADRO 35** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	05	05	05	05	04	01	05	04	05	05
2.Cor	05	05	05	05	05	01	04	04	04	05
3.Configuração das imagens	04	05	04	04	03	03	05	04	02	04
4.Criatividade	05	04	04	04	04	02	05	03	05	05
5.Simetria	03	03	03	04	05	03	04	05	04	04
6.Regularidade	03	04	04	04	05	04	04	05	05	05
7.Complexidade	04	05	04	05	04	02	05	03	02	05
8.Unidade	05	05	05	04	03	04	05	05	04	04
9.Equilíbrio	03	04	04	04	03	04	05	05	04	02
10.Atividade	04	03	03	04	04	03	04	04	05	05
11.Exatidão das imagens	04	04	05	03	03	04	05	04	02	04
12.Profundidade	04	01	01	04	02	01	03	04	01	05

Escore total 5

**QUADRO 36** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à pintura dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	04	04	05	05	04	04	02	03	02	04
2.Cor	05	05	04	05	05	01	01	04	04	04
3.Configuração das imagens	05	04	04	04	04	04	03	03	02	04
4.Criatividade	04	05	04	04	04	04	02	03	05	04
5.Simetria	04	03	03	04	05	04	04	05	04	05
6.Regularidade	03	04	04	04	05	04	04	05	05	04
7.Complexidade	04	05	04	04	03	03	02	03	02	03
8.Unidade	05	05	05	05	04	04	05	05	04	05
9.Equilíbrio	02	04	03	03	04	04	04	05	04	04
10.Atividade	02	04	04	04	03	03	04	04	04	04
11.Exatidão das imagens	04	04	05	03	04	04	03	02	03	04
12.Profundidade	02	01	01	04	02	02	02	02	01	0404

Escore total 5

**n) Avaliação da produção plástica em relação à colagem**

**QUADRO 37** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias de produção	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	02	04	02	01	01	02	03	02	03	03
2.Cor	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
3.Configuração das imagens	03	03	02	01	01	01	04	03	03	02
4.Criatividade	02	03	03	01	02	01	04	02	03	01
5.Simetria	05	02	01	03	01	01	05	01	04	01
6.Regularidade	04	03	03	03	02	01	03	03	04	03
7.Complexidade	01	02	02	02	02	01	02	01	03	02
8.Unidade	04	04	02	02	05	01	05	03	04	05
9.Equilíbrio	04	04	04	04	02	01	04	01	03	02
10.Atividade	02	03	03	03	03	01	02	01	03	02
11.Exatidão das imagens	03	03	02	03	03	01	04	04	03	02
12.Profundidade	04	04	01	04	02	01	01	01	01	01

Score total 5

**QUADRO 38** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias de produção	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	03	-	04	01	04	05	04	05	04	03
2.Cor	02	-	02	01	02	04	05	05	03	05
3.Configuração das imagens	04	-	04	01	04	05	05	05	03	05
4.Criatividade	04	-	05	01	05	05	05	05	04	05
5.Simetria	05	-	04	03	04	04	05	04	03	05
6.Regularidade	05	-	04	03	04	05	05	05	04	05
7.Complexidade	04	-	04	02	05	05	05	05	04	05
8.Unidade	04	-	04	02	05	05	05	05	03	05
9.Equilíbrio	04	-	04	04	05	05	05	05	03	05
10.Atividade	04	-	05	03	04	04	05	05	04	05
11.Exatidão das imagens	03	-	04	03	05	05	05	05	03	05
12.Profundidade	04	-	02	04	04	04	04	04	01	04

Score total 5

**QUADRO 39** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	03	03	03	02	04	04	04	03	02	04
2.Cor	03	01	01	01	01	01	01	01	01	01
3.Configuração das imagens	03	02	04	03	04	04	04	03	04	02
4.Criatividade	03	04	03	03	04	04	03	02	03	05
5.Simetria	04	03	03	03	02	04	03	04	05	05
6.Regularidade	04	04	04	04	04	04	03	04	05	05
7.Complexidade	03	03	02	02	03	03	03	03	03	05
8.Unidade	04	03	04	03	04	04	05	04	05	05
9.Equilíbrio	04	04	04	04	03	04	03	04	04	05
10.Atividade	02	04	04	04	04	03	04	04	02	05
11.Exatidão das imagens	03	02	04	03	04	04	03	03	04	02
12.Profundidade	01	01	04	02	01	02	01	01	01	05

Escore total 5

**QUADRO 40** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à colagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	03	03	03	02	04	04	04	03	04	04
2.Cor	03	04	01	01	01	01	0	01	01	01
3.Configuração das imagens	04	02	04	04	01	04	03	04	04	02
4.Criatividade	04	04	04	04	04	04	04	04	04	05
5.Simetria	02	03	02	03	01	03	04	03	04	05
6.Regularidade	03	05	04	04	04	03	04	04	05	05
7.Complexidade	04	04	02	02	02	04	03	04	04	05
8.Unidade	04	02	04	04	03	04	05	04	05	05
9.Equilíbrio	04	04	04	04	02	04	04	04	04	05
10.Atividade	04	04	04	03	04	04	04	04	04	05
11.Exatidão das imagens	03	02	04	04	01	04	03	03	04	02
12.Profundidade	02	01	03	02	01	03	01	01	01	05

Escore total 5

**o) Avaliação da produção plástica em relação à modelagem**

**QUADRO 41** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	01	03	02	04	02	03	02	02	04	03
2.Cor	01	01	01	04	02	04	02	04	04	04
3.Configuração das imagens	01	05	03	04	04	04	05	02	03	04
4.Criatividade	01	04	02	04	03	03	02	02	03	04
5.Simetria	02	04	04	04	04	04	04	05	04	05
6.Regularidade	04	04	04	04	03	04	03	05	03	05
7.Complexidade	01	03	03	02	02	04	02	01	03	03
8.Unidade	04	04	05	04	05	04	04	05	02	05
9.Equilíbrio	03	04	03	04	03	04	05	05	03	04
10.Atividade	02	03	02	02	02	03	02	04	03	02
11.Exatidão das imagens	02	04	04	03	04	03	05	02	03	04
12.Profundidade	03	02	01	04	03	03	02	02	04	03

Score total 5

**QUADRO 42** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	04	-	05	04	04	04	05	02	04	03
2.Cor	01	-	05	05	05	05	05	04	04	05
3.Configuração das imagens	04	-	05	04	04	05	05	02	04	04
4.Criatividade	04	-	05	05	05	05	05	04	03	04
5.Simetria	04	-	05	04	04	04	04	05	04	05
6.Regularidade	04	-	05	04	04	04	05	05	04	05
7.Complexidade	04	-	05	04	04	05	05	04	04	04
8.Unidade	04	-	05	04	05	05	05	05	02	05
9.Equilíbrio	04	-	05	04	04	05	05	05	03	05
10.Atividade	04	-	05	04	04	05	05	02	04	02
11.Exatidão das imagens	04	-	05	04	04	05	05	02	04	04
12.Profundidade	04	-	01	05	04	05	02	04	04	04

Score total 504

**QUADRO 43** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	02	03	03	04	03	04	03	05	02	04
2.Cor	03	01	01	05	05	04	04	05	05	05
3.Configuração das imagens	04	03	04	04	05	04	05	05	04	05
4.Criatividade	03	04	03	04	05	04	05	05	04	04
5.Simetria	04	04	04	04	05	04	05	05	05	05
6.Regularidade	03	04	04	04	04	04	05	05	05	05
7.Complexidade	02	02	02	04	05	04	04	05	04	04
8.Unidade	05	04	04	04	05	04	05	05	04	04
9.Equilíbrio	04	04	04	04	05	04	05	05	04	05
10.Atividade	02	03	02	03	04	04	03	05	03	04
11.Exatidão das imagens	04	03	04	03	05	03	05	05	04	05
12.Profundidade	04	03	03	03	04	04	03	05	04	04

Escore total 5

**QUADRO 44** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à modelagem dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	02	04	03	05	03	02	03	04	02	05
2.Cor	03	01	01	05	05	03	05	05	01	05
3.Configuração das imagens	04	03	04	04	05	04	04	05	05	05
4.Criatividade	04	04	03	05	05	03	05	04	04	05
5.Simetria	04	03	04	04	04	04	05	05	05	04
6.Regularidade	03	04	04	04	04	04	05	05	05	05
7.Complexidade	04	02	02	05	05	03	04	05	04	04
8.Unidade	05	04	04	04	05	04	05	04	04	04
9.Equilíbrio	04	04	04	04	05	04	05	05	05	05
10.Atividade	04	04	02	03	04	03	03	05	04	05
11.Exatidão das imagens	04	03	04	04	05	04	04	04	04	05
12.Profundidade	04	05	03	04	04	04	03	05	04	04

Escore total 5

**p) Avaliação da produção plástica em relação à construção**

**QUADRO 45** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	03	02	03	01	02	02	01	01	03	03
2.Cor	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
3.Configuração das imagens	03	04	03	01	02	02	01	01	02	04
4.Criatividade	02	02	03	01	03	02	01	01	03	04
5.Simetria	04	02	03	02	02	04	05	05	03	02
6.Regularidade	04	04	04	03	03	03	01	05	02	04
7.Complexidade	02	01	03	01	03	02	01	01	02	05
8.Unidade	04	04	05	02	04	04	02	05	02	05
9.Equilíbrio	03	04	04	01	04	04	02	05	02	05
10.Atividade	02	01	04	03	02	03	01	01	03	04
11.Exatidão das imagens	03	04	03	02	03	03	02	03	02	05
12.Profundidade	02	02	04	03	03	04	01	04	01	05

Escore total 5

**QUADRO 46** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo A (experimental), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos	Sujeitos do Grupo A (experimental)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	04	-	04	03	02	04	05	05	03	05
2.Cor	02	-	01	04	01	04	04	04	04	01
3.Configuração das imagens	04	-	04	05	04	04	05	05	02	04
4.Criatividade	04	-	05	05	04	04	05	05	03	05
5.Simetria	04	-	04	05	05	04	05	05	03	04
6.Regularidade	04	-	05	04	05	04	05	05	03	05
7.Complexidade	04	-	05	05	04	04	05	05	04	05
8.Unidade	04	-	05	04	04	04	05	05	02	05
9.Equilíbrio	04	-	05	05	04	05	05	05	03	05
10.Atividade	04	-	04	04	04	04	05	04	04	04
11.Exatidão das imagens	04	-	03	05	04	04	05	05	03	05
12.Profundidade	04	-	05	05	04	05	05	05	01	05

Escore total 5

**QUADRO 47** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação inicial. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias de produção	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	02	02	03	02	02	03	03	04	04	05
2.Cor	01	01	01	01	01	01	01	01	03	04
3.Configuração das imagens	04	03	04	04	04	03	04	04	01	05
4.Criatividade	02	03	04	02	03	03	04	04	04	05
5.Simetria	04	02	04	04	04	04	04	04	04	04
6.Regularidade	04	04	04	04	04	04	04	05	05	05
7.Complexidade	02	02	04	02	03	03	04	04	01	05
8.Unidade	04	04	04	04	05	04	04	04	03	05
9.Equilíbrio	04	04	04	04	04	04	04	04	04	05
10.Atividade	01	02	03	02	03	03	02	04	02	05
11.Exatidão das imagens	04	04	04	04	04	03	04	04	01	05
12.Profundidade	04	03	04	04	04	04	04	05	04	05

Escore total 5

**QUADRO 48** – Pontuação total da avaliação de produção plástica em relação à construção dos sujeitos do grupo B (controle), na avaliação final. Goiânia - 2003

Avaliação/ Grupos Categorias de produção	Sujeitos do Grupo B (controle)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Variedade de Produção	02	02	03	02	02	03	03	03	03	03
2.Cor	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
3.Configuração das imagens	04	03	04	04	04	03	04	04	01	05
4.Criatividade	02	04	04	04	04	04	04	05	04	04
5.Simetria	02	02	04	04	04	04	04	05	04	04
6.Regularidade	04	03	04	04	04	04	04	05	05	04
7.Complexidade	02	04	04	04	04	03	04	05	01	03
8.Unidade	04	04	04	04	05	04	04	04	03	05
9.Equilíbrio	04	03	04	04	04	04	04	04	04	05
10.Atividade	01	04	04	03	04	02	02	04	02	02
11.Exatidão das imagens	04	04	04	04	04	03	04	04	01	05
12.Profundidade	03	04	04	04	05	04	04	05	04	04

Escore total 5



## APÊNDICE U

### Exemplo de Casos (Experimental e Controle)

a) Exemplo de produções de um sujeito do grupo A (experimental) nas avaliações inicial e final

Resumo das principais características da criança

Nome: Tamar\*

Número: 03

Data de Nascimento: 29/03/1994

Idade durante a avaliação inicial: 8 anos e 10 meses

Sexo: feminino

Data da avaliação inicial: 18/02/03 (tempo gasto: 1h)

Data da avaliação final: 22/02/03 (tempo gasto: 2:30h)

Escolaridade: 4ª série

Nível socioeconômico (CCSEB): D

Diagnóstico clínico: meningite bacteriana aguda

Residência: interior de Goiás

Tempo de internação na avaliação inicial: há três dias

Isolamento: não

Local do atendimento: sala de psicologia

Avaliação Inicial - AI (18/02/03) – Desenho. Título dado: “O escorregador”



**Figura 24** - Desenho produzido pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial

Avaliação Final (22/02/03) - Desenho Título dado: “O hospital HDT”

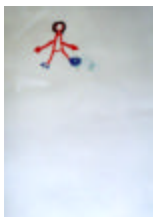


**Figura 25** - Desenho produzido pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final

---

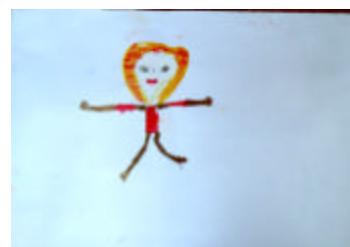
\* Nome fictício

Avaliação Inicial (18/02/03) – Pintura. Título dado: “*Uma pessoa*” (Um adulto)



**Figura 26** - Pintura produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial

Avaliação Final (22/02/03) – Pintura. Título dado: “*Menina*”



**Figura 27** - Pintura produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final

Avaliação Inicial (18/02/03) – Colagem. Título dado: “*Uma casa*”



**Figura 28** - Colagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial

Avaliação Final (22/02/03) – Colagem. Título dado: “*O barco navegando*” (O barco navegando no mar atrás do tesouro)



**Figura 29** - Colagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final

Avaliação Inicial (18/02/03) – Modelagem. Título dado: “*Uma criança*”



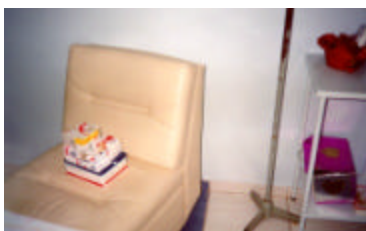
**Figura 30** - Modelagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial

Avaliação Final (22/02/03) – Modelagem. Título dado: “*O jardim*” (“*A roseira quando nasce toma conta do jardim, eu também ainda estou buscando quem toma conta de mim*”)



**Figura 31** - Modelagem produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final

Avaliação Inicial (18/02/03) – Construção. Título dado: “*Um prédio*”



**Figura 32** - Construção produzida pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação inicial

Avaliação Final (22/02/03) – Construção. Título dado: “*O prédio da princesa Elizabeth*”



**Figura 33** - Construção produzido pela Tamar, pertencente ao grupo A (experimental) na avaliação final

b) Exemplo de produções de um sujeito do grupo B (controle) nas avaliações iniciais e finais

Resumo das principais características da criança

Nome: Telma\*

Número: 10

Data de Nascimento: 21/10/1995

Idade durante a avaliação inicial: 7 anos e 7 meses

Sexo: feminino

Data da avaliação inicial: 22/05/03 (tempo gasto: 3h)

Data da avaliação final: 26/05/03 (tempo gasto: 1:30h)

Escolaridade: 2ª série

Nível socioeconômico (CCSEB): D

Diagnóstico clínico: febre de origem obscura

Residência: fazenda no interior de Goiás

Tempo de internação na avaliação inicial: menos do que 24h

Isolamento: não

Local do atendimento: sala de psicologia

Avaliação Inicial (22/05/03) – Desenho. Título dado: “Escritório”



**Figura 34** - Desenho produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial

Avaliação Final (26/05/03) – Desenho. Título dado: “Hospital”



**Figura 35** - Desenho produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final

---

\* Nome fictício

Avaliação Inicial (22/05/03) – Pintura. Título dado: “Uma fazenda”



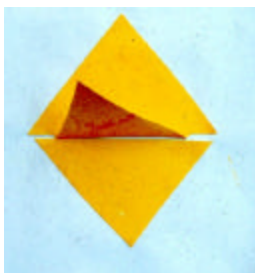
**Figura 36** - Pintura produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial

Avaliação Final (26/05/03) – Pintura. Título dado: “Fazenda”



**Figura 37** - Pintura produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final

Avaliação Inicial (22/05/03) – Colagem. Título dado: “Telma” (Isto é, seu nome verdadeiro)



**Figura 38** - Colagem produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial

Avaliação Final (26/05/03) – Colagem. Título dado: “Tema” (isto é, seu nome verdadeiro)



**Figura 39** - Colagem produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final

Avaliação Inicial (22/05/03) – Modelagem. Título dado: “*Jarras com ovos*”



**Figura 40** - Modelagem produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial

Avaliação Final (26/05/03) – Modelagem. Título dado: “*Jarras e flôr*”



**Figura 41** - Modelagem produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final

Avaliação Inicial (22/05/03) – Construção. Título dado: “*Ovinhos*”



**Figura 42** - Construção produzida pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação inicial

Avaliação Final (26/05/03) – Construção. Título dado: “*Casinha*”



**Figura 43** - Construção produzido pela Telma, pertencente ao grupo B (controle) na avaliação final