

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PAULO GONÇALVES DE FREITAS

**O DESENHO DA FIGURA HUMANA E O DESENHO DA PESSOA DOENTE
NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

São Paulo
2008

PAULO GONÇALVES DE FREITAS

**O DESENHO DA FIGURA HUMANA E O DESENHO DA PESSOA DOENTE
NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Escolar e do Desenvolvimento
Humano

Orientadora: Profa. Dra. Irai
Cristina Boccato Alves

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Freitas, Paulo Gonçalves de.

O desenho da figura humana e o desenho da pessoa doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas / Paulo Gonçalves de Freitas; orientadora Iraí Cristina Boccato Alves. -- São Paulo, 2008.

136 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Desenho de figuras humanas 2. Técnicas projetivas 3. Crianças hospitalizadas 4. Indicadores emocionais de Koppitz I.
Título.

BF698.8.D7

PAULO GONÇALVES DE FREITAS

**O DESENHO DA FIGURA HUMANA E O DESENHO DA PESSOA DOENTE
NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Assinatura: _____

Dissertação defendida em : ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Iraí Cristina Boccato Alves pela dedicação, paciência e competência na orientação deste trabalho, e principalmente pelo acolhimento afetivo num momento de transição muito importante ao longo dessa jornada.

À Prof^a. Dr^a. Audrey Setton Lopes de Souza e Prof^a Dr^a Helena Rinaldi Rosa pelas contribuições e sugestões no exame de qualificação.

À Prof^a. Dr^a. Walquiria Fonseca Duarte pelo incentivo na realização deste trabalho, bem como nas orientações iniciais.

À Prof^a. Dr^a. Eda Marconi Custodio pelas sugestões que contribuíram no aprofundamento do tema.

À Maria Claudia Truksa de Barros Machado e Prof. Gilberto Mitsuo Ukita pelo auxílio no tratamento estatístico.

À Prof^a. Dr^a Joana d'Arc M. C. Sakai por sua ajuda e colaboração na análise dos desenhos.

Especialmente à Prof^a. Dr^a. Elaine Cristina Catão principalmente pelo incentivo constante, pela torcida e pelo incansável auxílio em todos os momentos desde a elaboração do projeto até esta consagrada fase final.

Aos diretores, professores, médicos e enfermeiras das instituições que cederam o espaço para a realização de mais este estudo.

Aos pais e responsáveis que aceitaram que seus filhos participassem da pesquisa.

Em especial às crianças que tão gentilmente participaram desta pesquisa.

Aos meus alunos que tornam o dia-a-dia em sala de aula especial e desafiante.

À Elaine, companheira de percurso, pela motivação constante, pela torcida, pelo orgulho demonstrado em seu olhar, pelo bom humor e paciência, além do constante afeto demonstrado na convivência diária.

Às pessoas que são muito importantes na minha vida: Renato, Stella e Sandra.

A todos que compartilharam as dificuldades e alegrias durante este trajeto.

Obrigado,

Paulo
Fevereiro de 2008

RESUMO

FREITAS, P.G. **O Desenho da Figura Humana e o Desenho da Pessoa Doente na Avaliação Psicológica de Crianças Hospitalizadas**. 2008. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

O presente estudo teve como objetivo a avaliação psicológica de crianças hospitalizadas por meio do Desenho da Figura Humana (DFH) e do Desenho da Pessoa Doente (DPD) usando os Indicadores Emocionais e Indicadores Maturacionais de Koppitz (1973) e o levantamento de elementos complementares relativos à doença e à hospitalização. A amostra foi composta por 120 crianças de ambos os sexos, com faixa etária de 7 a 11 anos, divididas em dois grupos, um grupo de crianças hospitalizadas e outro de escolares. Os resultados indicaram que os dois desenhos das crianças hospitalizadas apresentaram um número maior de Indicadores Emocionais do que as escolares e menor média nos Indicadores Maturacionais, mostrando um maior comprometimento no primeiro grupo. Os Indicadores Emocionais com diferenças significantes no DFH foram figura pequena e pernas fechadas, mais freqüentes nas crianças hospitalizadas. Quanto aos Indicadores Maturacionais foram observadas diferenças significantes entre os dois grupos, a favor do grupo de escolares, tanto no DFH como no DPD. Nos dois grupos e também na amostra total, o DFH apresentou uma produção mais elaborada, em comparação com o DPD. No DPD os Indicadores Emocionais com maior freqüência do que no DFH foram integração pobre, sombreamento no rosto, sombreamento no corpo/membros, sombreamento no rosto/pescoço, figura pequena, mãos cortadas e omissão de pescoço. No DPD das crianças hospitalizadas ficou evidente a presença dos elementos complementares caracterizando doenças mais graves em relação ao DPD dos escolares, com mais representação do ambiente hospitalar, de objetos de procedimentos hospitalares, restrição de atividade, figura debilitada, expressão de tristeza e expressão de choro/dor. Pode-se concluir que o uso do DPD como instrumento de avaliação psicológica de crianças hospitalizadas permite emergir maior quantidade de indicadores de perturbação emocional em comparação ao DFH. Portanto, pode-se considerar que o DPD mostra-se como uma técnica eficaz para a avaliação de crianças hospitalizadas.

ABSTRACT

Freitas, P.G. **The Human Figure Drawing (HFD) and the Patient Person Drawing (PPD) in Psychological Assessment of hospitalized children.** 140 p. Master Degree Dissertation. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

This study had the purpose to assess psychologically hospitalized children by the Human Figure Drawing (HFD) and by the Patient Person Drawing (PPD) using Koppitz Emotional and Maturational Indicators (1973) and by the survey of complementary elements related to illness and hospitalization. Sample was composed by 120 children, half of each sex, with age ranging from 7 to 11 years old, divided in two groups, one of hospitalized children and the other from schools. Results indicated that the hospitalized children drawings presented a bigger number of Emotional Indicators than school children and lower mean of Maturational Indicators, showing more emotional problems in the first group. The Emotional Indicators that had significant differences between groups were tiny figure and legs pressed together. In relation to Maturational Indicators were observed significant differences, in behalf of school children in HFD and in PPD. In both groups and in the whole sample, the HFD presented a more elaborate drawing than the PPD. In PPD the Emotional Indicators with more frequency than in HFD were poor integration, shading of face, shading of body and/or limbs, tiny figure, hands cut off and neck omission. In hospitalized children PPD it became evident the presence of complementary elements, characterizing serious illness in relation to PPD of school children, with more representation of hospital environment, hospital procedures objects, activity restriction, debilitated person, sadness and cry/pain expression. It can be concluded that the PPD use as a tool of psychological assessment with hospitalized children permits to emerge more indicators emotional disturbs comparing with the HFD. Therefore it can be considered that the PPD is a more efficient procedure to assess hospitalized children.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipo de doença no Desenho da Pessoa Doente	69
Figura 2 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menino hospitalizado, 10 anos	130
Figura 3 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menino hospitalizado, 8 anos	131
Figura 4 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menino hospitalizado, 9 anos	132
Figura 5 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menina hospitalizada, 7 anos	133
Figura 6 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menina hospitalizada, 9 anos	134
Figura 7 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menina hospitalizada, 10 anos	135
Figura 8 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menina hospitalizada, 11 anos	136
Figura 9 - Exemplo de avaliação do DFH e DPD menino escolar, 8 anos	137
Figura 10- Exemplo de avaliação do DFH e DPD menino escolar, 10 anos	138
Figura 11- Exemplo de avaliação do DFH e DPD menina escolar, 7 anos	139
Figura 12- Exemplo de avaliação do DFH e DPD menina escolar, 11 anos	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) para o motivo da internação das crianças hospitalizadas	60
Tabela 2 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) do local onde a pessoa está em ambos os desenhos	65
Tabela 3 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) sobre o que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos e os dois desenhos	66
Tabela 4 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) sobre o que vai acontecer em ambos os desenhos para os dois grupos	66
Tabela 5 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) quanto à doença ou parte doente no DPD em ambos os grupos	67
Tabela 6 -	Comparação entre o grupo hospitalizado e o escolar em relação aos itens complementares no DFH	68
Tabela 7 -	Comparação entre o grupo hospitalizado e o escolar em relação aos itens complementares no DPD	68
Tabela 8 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional do DFH e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas	72
Tabela 9 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional do DFH e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas.....	73
Tabela 10 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional do DPD e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas	74
Tabela 11 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional do DPD e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas	76
Tabela 12 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para escolares (N=60) ..	77
Tabela 13 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para hospitalizadas (N=60)	79
Tabela 14 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para escolares (N=60)	80
Tabela 15 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para hospitalizadas (N=60)	82
Tabela 16 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD na amostra total (N=120)	83
Tabela 17 -	Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD na amostra total (N=120)	85

Tabela 18 - Médias e Dps do total dos Indicadores Emocionais e testes t entre os dois desenhos nos dois grupos	86
Tabela 19 - Médias e Dps do total dos Indicadores Maturacionais e testes t entre os dois desenhos nos dois grupos	86
Tabela 20 - Médias e Dps dos Indicadores Emocionais e testes t na comparação do DFH e DPD entre os grupos	87
Tabela 21 - Médias e Dps dos Indicadores Maturacionais e testes t na comparação do DFH e DPD entre os grupos	87
Tabela 22 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) relativa à idade da pessoa representada comparada à idade da criança	88
Tabela 23 - χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto à idade	88
Tabela 24 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) sobre quem é a pessoa para os dois grupos nos dois desenhos	89
Tabela 25 - χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto a quem é a pessoa	89
Tabela 26 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) quanto ao local que a pessoa está nos dois grupos e nos dois desenhos	90
Tabela 27 - χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto ao local em que a pessoa está	90
Tabela 28 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) sobre o que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos nos dois desenhos	91
Tabela 29 - χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto ao que está acontecendo com a pessoa	91
Tabela 30 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) sobre o que vai acontecer com a pessoa para os dois grupos nos dois desenhos	92
Tabela 31 - χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto ao que sobre o vai acontecer com a pessoa	92
Tabela 32 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) quanto à doença ou parte doente no DPD em ambos os grupos	93
Tabela 33 - Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) quanto à postura da pessoa desenhada no DPD em ambos os grupos	94
Tabela 34 - Comparação entre os grupos em relação aos itens complementares no DFH	95
Tabela 35 - Comparação entre os grupos em relação aos itens complementares no DPD	95

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1. A criança hospitalizada.....	1
1.2. O Desenho na Avaliação Psicológica.....	10
1.3. Desenho da Figura Humana: Aspectos Evolutivos e Indicadores Emocionais...	20
1.4. Os Desenhos Temáticos.....	38
2. Objetivos.....	55
3. Método.....	56
3.1. Estudo Piloto.....	57
3.1.1. Amostra.....	57
3.1.2. Instrumentos.....	57
3.1.3. Procedimento.....	57
3.1.4. Avaliação dos desenhos.....	59
3.2. Estudo Principal.....	60
3.2.1. Amostra.....	60
3.2.2. Instrumentos.....	61
3.2.3. Procedimento.....	61
3.2.4. Análise dos dados.....	63
4. Resultados.....	65
4.1. Resultados do Estudo Piloto.....	65
4.2. Resultados da Pesquisa Principal.....	71
4.2.1. Resultados relativos aos Indicadores Emocionais e Maturacionais.....	71
4.2.2. Resultados relativos ao Inquérito.....	88
4.2.3. Resultados referentes aos itens complementares.....	94
5. Discussão	97
6. Considerações finais.....	112
7. Referências bibliográficas.....	115
Anexos.....	126

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Criança Hospitalizada

A assistência à pessoa hospitalizada sofreu importantes transformações ao longo do tempo. A prática inicial do isolamento rigoroso que buscava prevenir a transmissão de infecção cedeu espaço para uma assistência que se desenvolveu com o declínio das doenças infecciosas e com a introdução do antibiótico.

Houve uma evolução no conhecimento sobre as doenças, na organização e na disciplina hospitalar e a evolução tecnológica permitiu maior domínio sobre este campo, tornando a Medicina cada vez mais especializada e preparada para tratar e curar as partes doentes do indivíduo (Torres, 1999). No entanto, mesmo atualmente, tratar a criança hospitalizada é sempre um grande desafio para os profissionais de saúde. Apesar da evolução em equipamentos e técnicas que permitem diagnósticos e intervenções melhores e mais precisas, permanecem as dificuldades em lidar com os aspectos emocionais presentes no adoecer, principalmente com o paciente infantil.

Um aspecto importante na transformação do atendimento infantil foi a mudança no conceito de criança que passou a ser vista como um ser em desenvolvimento e crescimento, que além das necessidades biológicas, tem necessidades psicológicas e sociais. Também foi incluída a preocupação com o impacto emocional e social da doença e da hospitalização para a criança e para sua família. Estas mudanças estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento da prática médica e ao valor e ao significado que a sociedade dá à criança (Lima, Rocha e Scochi, 1999).

O adoecimento, a hospitalização e os procedimentos conseqüentes constituem experiências desagradáveis e dolorosas para a clientela infantil e as

respostas das crianças frente a essas situações podem ser muito negativas, se o fator humanização não estiver presente.

Para Sarti (1988) é importante notar que o processo de hospitalização não é igual para todas as crianças. Cada uma o vivencia de acordo com as suas experiências anteriores de internação, idade, personalidade e nível de equilíbrio emocional.

A criança, ao ser hospitalizada, necessita não só de cuidados físicos, como também que atendam suas necessidades emocionais e sociais. De acordo com Angerami-Camon (1984), os atendimentos nos hospitais devem ser dirigidos para minimizar o sofrimento da criança, tendo como princípio a promoção da saúde.

O ser humano sente prazer em conviver e interagir, em estar com outras pessoas. A criança no hospital se depara com um ambiente estranho, onde diferentes profissionais estão envolvidos no cuidado dos pacientes. Mesmo quando a criança sabe que este cuidado pode ajudá-la a se recuperar, nem sempre consegue entender esta relação, pois, muitas vezes, sente a frieza e o distanciamento emocional decorrentes das urgências e da rotina hospitalar.

Estar presente significa estar por inteiro junto ao outro, implica além de incluir o cuidado técnico vital na assistência, o cuidado emocional e afetivo que dá sustentação ao processo de cuidar e torna o cuidador afetivo e humano. Gonzaga e Arruda (1998, p.17) afirmam que:

A presença humanizada do cuidador, em um ambiente de cuidado, poderá representar para o ser cuidado a esperança, célula máter do desejo de viver e, para o próprio cuidador, poderá proporcionar a certeza de ter tentado promover, dentro de suas possibilidades, uma melhor qualidade de vida e bem-estar àquele que estava temporariamente sob seus cuidados.

Existem muitos estudos relatando os efeitos da hospitalização sobre a saúde mental da criança. Trabalhos clássicos como os de Bowlby, Prugh, Harlow e Spitz,

entre outros, comentados por Borges (1981), Huerta (1990) e Veríssimo (1991), salientam a importância da criança se manter vinculada à mãe, numa internação conjunta, para evitar riscos para sua saúde mental.

Carvalho e Begnis (2006) relatam que no Brasil, desde a homologação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, os hospitais são obrigados a proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis nos casos de hospitalização infantil. O governo federal implantou ainda, uma política nacional de humanização das instituições públicas de atendimento e promoção à saúde denominado Humaniza-SUS, no qual busca aprimorar as relações entre os usuários, os profissionais e a comunidade, favorecendo a autonomia e co-responsabilidade dos gestores para otimizar o atendimento, tornando-o mais acolhedor e ágil. Espera-se com esta política alcançar maior valorização da subjetividade e dos aspectos sociais envolvidos nas práticas de atenção à saúde, bem como reduzir as filas e o tempo de espera para atendimento. A Lei nº. 11.104, de 21/03/2005, tornou obrigatória a inclusão de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Relatam, no entanto, que apesar desses esforços, ainda são encontradas equipes despreparadas e desmotivadas que centram o atendimento na relação queixa-conduta.

Silva e Ribeiro (2000) realizaram um estudo qualitativo com oito crianças de seis a doze anos de idade, internadas em um hospital escola de Porto Alegre com o objetivo de identificar as percepções das crianças acerca dos cuidados recebidos durante a hospitalização. Utilizaram entrevistas diretas das quais emergiram cinco temas: identificação dos cuidadores; percepções da criança sobre o cuidado; sentimentos externalizados; caracterização do cuidado e dos cuidadores; percepções acerca do tempo de internação. Evidenciou-se que a hospitalização gera stress para a criança e sua família e que um cuidado adequado, humanizado e eficiente minimiza o impacto da hospitalização. Definem o cuidado humanizado como o engajamento da família e da criança no processo da internação, facilitando e ajudando nos procedimentos de enfermagem e de higiene, na manutenção do vínculo familiar e das suas atividades normais, na explicação prévia dos

procedimentos a serem realizados, na valorização das opiniões e sugestões da criança, na disponibilidade e atenção da equipe para as suas necessidades.

Soares e Bomtempo (2003) comentam que a criança hospitalizada tem necessidades que vão muito além do atendimento estritamente clínico. Nesse contexto, a intervenção psicológica é necessária para promover modificação nos comportamentos dos pacientes, facilitando sua adaptação e proporcionando melhores condições de lidar com a doença.

Almeida (2005) descreve a percepção da hospitalização pela criança como uma nova situação de vida, pois ela tem que se adaptar à internação, sente a mudança em sua rotina de vida, sofre pelo estresse dessa nova situação, mas ao mesmo tempo pode ter uma nova possibilidade de aprendizado e amadurecimento.

Para Novaes (1997), a criança-paciente deve ser sempre vista como uma pessoa e, como tal, deve-se respeitar sua individualidade, começando por saber ouvi-la sempre que ela tiver o que dizer. Estar hospitalizada, os procedimentos médicos e a própria doença, surgem na percepção da criança como uma punição, um castigo, algo relacionado a uma culpa subjacente. A equipe precisa observar se esses fatores ocorrerem para interferir, fazendo a criança entender o verdadeiro motivo de sua presença no hospital, aliviando assim, seus sentimentos de culpa e punição normalmente presentes (Angerami-Camon, 1984).

De acordo com Leifer (1996), citado por Oliveira, Dantas e Fonseca (2004) há um despreparo das crianças no que se refere à experiência hospitalar e aos procedimentos correlatos, causando medo diante do desconhecido, o que resulta numa exacerbação da fantasia. Portanto, diminuir os elementos desconhecidos para a criança resultaria na diminuição do medo. Quando as crianças não sentem o medo paralisante, elas são capazes de direcionar suas energias no sentido de lidar com os estresses inevitáveis da hospitalização e assim se beneficiarem do potencial de crescimento inerente à experiência.

Há algum tempo têm sido criados programas visando a desmistificação e uma maior familiarização das crianças com os procedimentos e cuidados com a saúde, principalmente buscando diminuir as fantasias que elas têm ao enfrentar essas situações. West (1976) relata um programa desenvolvido nos Estados Unidos onde é feita uma apresentação às crianças pré-escolares de alguns dos possíveis procedimentos utilizados em tratamentos e cuidados infantis em hospitais e ambulatórios. Nesse programa são realizadas apresentações nas escolas, demonstrando através de histórias, fotografias, filmes e manipulação de instrumentos hospitalares, situações que simulam uma rotina de procedimentos que podem ocorrer na vida real. Por meio deste trabalho as crianças têm a oportunidade de falar sobre seus sentimentos, medos e fantasias, adquirindo maiores conhecimentos sobre as possíveis situações reais e sobre os cuidados necessários para manter uma boa condição de saúde.

Uma pesquisa realizada por Vilches, Yáñez e Gonzáles (1996) no Chile, com 600 escolares de oito a doze anos teve o objetivo de identificar os temores relativos à hospitalização, expressos espontaneamente e através do relato de situações propostas. Investigaram se existiam diferenças nas respostas em relação às variáveis: sexo, idade, experiência de hospitalização e cidade de origem. Os temores mencionados com maior frequência e selecionados como produtores de maior medo foram: medo da morte, ficar doente para sempre ou com seqüelas, ser separado dos pais e ser deixado sozinho (abandonado) como doente. O medo de sofrer punção ou de procedimentos invasivos foram mencionados pela maioria das crianças, porém somente 10% consideraram essa situação como mais temida. As variáveis sexo e experiência de hospitalização só foram estatisticamente significantes em relação à separação dos pais e sentimento de abandono nas crianças maiores de 10 anos. As demais variáveis não mostraram diferenças significantes.

Steele (1981), citado por Veríssimo (1991), destaca em seus estudos que quanto mais a criança sabe sobre o que está acontecendo e o que ainda pode acontecer, menos medo ela sente. Assim sendo, pode aumentar sua capacidade

para lidar com o medo agregado à hospitalização e aos procedimentos diagnósticos, constituindo fatores que tendem a favorecer uma recuperação melhor e mais rápida.

Promover a saúde não é somente reduzir o tempo de permanência da criança no hospital. É necessário que se tente ajudá-la a atravessar a situação de hospitalização ou de doença com mais benefícios do que prejuízos. Este tipo de atitude pode fazer com que a situação não seja somente de dor e sofrimento, mas possa ser rica em conteúdos a serem significados e ressignificados (Oliveira, Dias e Rossi, 2003).

Barus-Michel (2003) atenta para o fato de que no contexto hospitalar o sofrimento foi abordado durante muito tempo apenas como sintoma ou sinal de doença física, considerado somente no sentido de alertar e orientar pesquisas. Atualmente, surgiu a preocupação de entender o sofrimento do paciente hospitalizado como uma expressão de seu mal-estar. *“Trata-se de um apelo endereçado ao outro, que precisava ser ouvido e escutado numa relação voltada a ajudá-lo a colocar em palavras sua infelicidade”* (p.31).

No caso das crianças, o adoecimento provoca alterações na sua vida como um todo, podendo, muitas vezes, desequilibrar seu organismo interna e externamente, causando sofrimento e dor, muitas vezes maior do que seu estado orgânico realmente justifica, o qual, em conseqüência disso, gerará um bloqueio no seu processo de desenvolvimento e comportamento saudável, especialmente se a doença for longa (Valladares e Carvalho, 2006).

Com este enfoque Dias, Baptista e Baptista (2003, p. 53) afirmam que *“estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência, sendo que a doença quase sempre representa sofrimento orgânico e psicológico”*.

Angerami-Camon (2002) sugere que a criança hospitalizada certamente manifestará um sofrimento emocional e, muitas vezes físico, maior do que o causado pela patologia inicial que levou ao processo de hospitalização.

De acordo com Valladares (2003), os efeitos nocivos da hospitalização infantil podem desencadear reações adversas, como medo, estresse, ansiedade, etc., no curso de seu desenvolvimento. Enfatiza a necessidade de se aprender a cuidar destes aspectos, com estratégias eficazes que minimizem o sofrimento das crianças, principalmente nos casos de doenças crônicas ou graves, já que nestes casos internações longas e constantes são comuns.

No caso de doença crônica a situação se agrava ainda mais, pois expõe a criança e seus familiares a outras situações estressantes, que se somam à possibilidade de internação. Para Eiser (1992), a criança com doença crônica, que necessita de internações regulares, pode encontrar dificuldades e obstáculos na sua vida social e familiar, como, por exemplo, a restrição do convívio social, ausências escolares freqüentes e aumento da angústia e tensão familiares. Acrescenta-se ainda a necessidade de se adaptar aos horários e procedimentos, confiar em pessoas até então desconhecidas, receber injeções e outros tipos de exames invasivos, ter que permanecer em um quarto, ser privada de brincar. Estas situações não faziam parte da vida da criança, no entanto estão presentes na hospitalização.

Para Capitão, Scortegagna e Baptista (2005), a importância da avaliação psicológica no contexto da saúde vem se constituindo como uma das formas de se compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o homem pode manter-se saudável. O Psicólogo ganha espaço em âmbitos multi e interdisciplinares para compreensão dos vários fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento.

Oliveira, Dantas e Fonseca (2004) comentam que, na maior parte do tempo de hospitalização, a criança fica restringida ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas e que, para ela, trazem mais dor e sofrimento. Dor representada pelas agulhas, cortes, medicações que ardem na pele, dentre outros procedimentos desagradáveis. Imagens, cheiros e sons estranhos no hospital, comuns para os profissionais de saúde, levam ao desconforto e podem ser sentidos como ameaçadores e confusos para as crianças, causando mais sofrimento. É comum a ocorrência de mecanismos de defesa, do tipo regressão, onde a criança retorna a uma fase anterior no seu desenvolvimento, como uma forma de proteção.

Algumas vezes isso é perceptível na fala infantilizada, comportamentos motores, retraimento, isolamento e comprometimento cognitivo. Pode também ocorrer recusa de alimentos sólidos, diminuição do vocabulário, perda do controle dos esfíncteres, além de outras reações emocionais.

A importância da avaliação no contexto hospitalar é enfatizada por Belar e Deardorff (1995) que estabeleceram metas de avaliação divididas em domínios (físico/biológico, afetivo, cognitivo e comportamental) e em unidades (paciente, família, sistema de saúde e contexto sócio-cultural). Como metas físico/biológicas incluem aspectos relacionados à natureza, localização e frequência dos sintomas, informações genéticas, procedimentos, tratamentos e histórico anterior. As metas afetivas estão relacionadas aos sentimentos, futuro e limitações da doença e variações de humor. As metas cognitivas envolvem o conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento, a manutenção das funções perceptivas, de memória, de inteligência, de tomada de decisão e as expectativas sobre a intervenção. As metas comportamentais estão relacionadas às reações do paciente frente à doença, expressões faciais, sinais de ansiedade, postura, estilo de comportamento, agressividade, comportamentos de risco ou protetores.

No aspecto psicológico, diante do sofrimento, a criança hospitalizada pode experimentar uma desordem de emoções, com dificuldades de traduzir suas emoções em palavras e de expressar seus sentimentos. Barus-Michel (2003, p.21) acrescenta que o sofrimento é ao mesmo tempo consciente e inconsciente e destaca que o sofrimento ocupa o paciente, diminuindo sua expressão, sua mobilidade e encobre seu humor.

A impossibilidade de se expressar verbalmente, de se explicar, de se representar, de simbolizar, leva ao conflito que se torna uma crise sem saída. A queixa ou o sintoma seriam, então, os sinais de uma demanda não articulável, algo que se tem dificuldade de expressar, mas que é dirigido ao outro. “*O que tenho? O que me acontece? O que isto quer dizer? Pedindo uma explicação, compreensão, uma devolução de sentido*” (Barus-Michel, 2003, p.26).

Muitas vezes, estas dificuldades do paciente infantil não são identificadas ou avaliadas, passando despercebidas pela equipe que está mais preocupada com os sintomas físicos de dor e debilidade do órgão afetado. Desta forma, introduzir estratégias e técnicas que possibilitem a expressão destes sentimentos, envolvendo o Psicólogo neste contexto irá contribuir para uma compreensão mais ampla e humana da criança internada e para uma avaliação adequada das conseqüências ou comprometimentos decorrentes da doença e da internação.

1.2. O Desenho na Avaliação Psicológica

O uso do desenho para representação de pensamentos e sentimentos é uma das formas mais antigas da comunicação humana. Desde os primeiros registros do homem primitivo encontra-se sua marca e os seus feitos em desenhos nas cavernas, tentando assim registrar a sua história para os descendentes. Da mesma maneira, no desenvolvimento infantil constata-se o desenho como a primeira forma de expressão, antes mesmo da criança conseguir dominar a leitura ou a escrita (Wechsler e Schelini, 2002).

O desenho é um dos meios de se entrar em contato com a criança, podendo ser um mediador nas relações que são estabelecidas com ela (Winnicott, 1984). É ainda uma forma de expressão que faz parte do repertório natural da criança. Para Lowenfeld (1976) na sua produção a criança se revela, expressando sentimentos, capacidade intelectual, desenvolvimento físico e social, a atitude perceptiva, o gosto estético, reunindo elementos de sua própria experiência na formação de um conjunto com um novo significado.

Pelo desenho é possível observar a expressão do desenvolvimento geral, a partir da relação entre o desenvolvimento do grafismo e do desenvolvimento infantil (Lourenção Van Kolck, 1984). Por outro lado, Hammer (1989) considera os desenhos como técnicas projetivas, destacando a abrangência da expressão gráfica, que inclui desde aspectos físicos da imagem corporal até desenhos de animais, casas e outros temas, comunicando e revelando conflitos e sentimentos profundos.

Para Sarti (1999) a criança que desenha está num processo espontâneo de comunicação, especialmente quando o observador atento não interfere na sua produção.

Segundo Hammer (1989, p.39), a ênfase que o sujeito dá aos diferentes elementos de seus desenhos *“além de seu desempenho gráfico global, nos diz*

muito do que lhe importa, como isto o afeta e como ele reage frente ao problema”, revelando os fatores emocionais expressos em sua produção.

Do mesmo modo, Lourenção Van Kolck (1984) aponta que o desenho se constitui em condição ótima para a projeção da personalidade, possibilitando a manifestação mais direta de aspectos que o sujeito não tem conhecimento, não quer ou não pode revelar, de forma mais profunda e inconsciente, com conteúdos simbólicos menos reconhecidos. Esta autora ressalta a importância de se considerar na análise da produção gráfica a motivação da tarefa. Pode se tratar de um desenho espontâneo, de um desenho secreto ou produzido por solicitação durante um exame psicológico. Cada caso introduz variáveis significativas que precisam ser consideradas, pois representam situações psicologicamente bem diferentes e características, que devem ser consideradas na interpretação.

O desenho como técnica projetiva devido a suas características pouco estruturadas possibilita a apreensão de conteúdos em níveis mais profundos, que ultrapassam os aspectos informativos do discurso. São instrumentos que facilitam o acesso a elementos associados à esfera do inconsciente, podendo revelar a estrutura psicológica, através da detecção de angústias, defesas, elaboração imaginativa, adaptação em relação ao ambiente, etc. (Aiello-Vaisberg, 1995).

De acordo com Sarti (1988), o desenho é uma das formas de expressão usadas pelas crianças para manifestação de si mesmas, em sua totalidade. Entre os temas desenhados destaca-se o Desenho da Figura Humana (DFH), como pode ser observado na seguinte citação de Abraham (1963, apud Sarti) *“a criança desenha tudo o que a rodeia, mas a figura humana tem sua preferência, qualquer que seja sua idade”* (p.32).

Considerando essa preferência, em 1926 Goodenough idealizou uma escala de avaliação da inteligência infantil a partir do Desenho da Figura Humana. Essa escala foi revista por Harris em 1963 e passou a ser chamada de Teste Goodenough-Harris. No entanto podem ser testados dois usos para o Desenho da Figura Humana: para a avaliação do desenvolvimento mental e para a avaliação de

aspectos da estrutura e dinâmica da personalidade, pela técnica proposta por Machover (Lourenção Van Kolck, 1984, Rosa, 2006).

Machover (1949) sistematizou o Desenho da Figura Humana como técnica projetiva, na qual o examinando realiza inicialmente o desenho de uma pessoa e depois, outro, do sexo oposto ao da primeira desenhada, seguidos de um inquérito complementar. Machover considera que a folha representa o meio ambiente e a figura desenhada, o sujeito que desenha. São analisados os aspectos gerais e de conteúdo do desenho, mantendo o significado funcional das diferentes partes do corpo humano. No caso de crianças é necessário também, considerar a idade para a interpretação.

De acordo com Koppitz (1973), o Desenho da Figura Humana revela sentimentos que não poderiam ser expressos de outra forma, refletindo ao mesmo tempo atitudes e preocupações conscientes e inconscientes, permitindo ainda que a criança expresse na sua produção suas ansiedades e conflitos de maneira construtiva e não como uma ameaça para elas.

No Brasil são muitos os estudos que empregam o desenho como instrumento de diagnóstico psicológico. O Desenho da Figura Humana (DFH) é uma técnica que tem sido muito pesquisada no estudo da personalidade, pois, segundo Lourenção Van Kolck (1981), é um procedimento no qual se apresenta uma situação-estímulo pouco estruturada, cuja resposta é sempre projetiva, revelando a maneira do sujeito ver a situação, de senti-la e interpretá-la.

Diferentes autores realizaram revisões da literatura sobre o DFH como instrumento diagnóstico, por sua relevância, utilidade clínica e, também, como forma de facilitar o conhecimento da dinâmica da personalidade infantil. Destacam-se no Brasil os estudos de Lourenção Van Kolck (1971, 1972, 1973) que investigou os aspectos específicos do uso e interpretação do DFH. Hutz e Bandeira (1993) fizeram uma revisão de âmbito nacional e internacional do uso do DFH, constatando a preferência dos pesquisadores por esta técnica entre as mais utilizadas com crianças. Podem ser citados ainda os trabalhos de Alves (1979, 1986), de Hutz e

Antonniazi (1995), Sarti (1999) e de Wechsler (1996, 2003), que investigaram diferentes métodos de avaliação do DFH.

Em relação aos estudos internacionais destacam-se os trabalhos de Klepsh e Logie (1984), com um levantamento bibliográfico sobre desenhos e, em especial, sobre o DFH e a comunicação infantil; Riethmiller e Handler (1997), Waehler (1997), Joiner, Schimidt e Barnett (1996), debatendo sobre métodos de validação no DFH e sobre as divergências na aceitação da técnica como instrumento útil na avaliação emocional.

O uso do DFH com crianças se aplica tanto no âmbito da Psicologia Escolar, como na clínica, pois facilita o conhecimento da dinâmica da personalidade infantil em qualquer contexto, favorecendo ainda a exploração de conteúdos específicos, especialmente quando a criança se encontra em situações aversivas (Sarti, 1999).

No campo psicológico, cada criança reage de forma distinta a cada situação em função da sua fase evolutiva e de sua personalidade. Para Sarti (1988), a criança em sua evolução apresenta um contínuo processo de adaptação de acordo com sua faixa etária e com seu desenvolvimento maturacional. O desenho expressa as conquistas do desenhista no campo do seu desenvolvimento físico, emocional e social. Nesta tarefa, a criança precisa percorrer um longo caminho de aquisições que a preparam e a motivam para o desempenho das representações gráficas e, em especial, para o Desenho da Figura Humana.

De acordo com Freeman (1993), o Desenho da Figura Humana pode revelar uma representação interna, mas certamente não de forma simples e direta.

Na descrição do desenvolvimento do grafismo Lowenfeld e Brittain (1972), apontam que desde muito cedo, já nas garatujas, a criança coloca no papel sua capacidade criativa e sua intenção. Em torno dos quatro anos, através da justaposição do círculo e de traços, num começo de um processo mental ordenado, a figura humana aparece no desenho da criança, demonstrando o que ela conhece e percebe de seu ambiente e de si mesma.

A partir de quatro anos observa-se nos desenhos infantis traços intencionais simbolizando categorias de objetos, relativas ao funcionamento cognitivo e psicomotor da criança, assim como, representações de emoções que não podem ser expressas em palavras (Picard e Vinter, 1999).

Cox e Hodsoll (2000) relatam pesquisas que exploraram as mudanças na qualidade dos desenhos e as fases do grafismo das crianças, empregando o Desenho da Figura Humana. Para os autores uma das tendências nas pesquisas de desenvolvimento psicológico tem sido o estudo da metacognição, que focaliza o entendimento que as crianças têm ou fazem sobre um determinado aspecto da realidade. Pouca atenção tem sido dada ao conhecimento, que a criança possui e manifesta, e que muda com seu desenvolvimento ao longo do tempo. Investigaram se aquilo que as crianças expressam no Desenho da Figura Humana muda com o aumento de idade. Participaram do estudo 40 crianças do sexo masculino e 40 do feminino, formando dois subgrupos por faixa etária, sendo um grupo com idade média de 5 anos e 6 meses e o outro com idade média de 7 anos e 4 meses. Os resultados mostraram que somente após os 7 anos de idade as crianças conseguem representar no DFH características e proporções mais realistas. Crianças mais velhas desenhavam melhor as partes do corpo, com contornos contínuos, proporções e simetria mais adequadas. Apareceram mais figuras representadas de perfil, com maior flexibilidade nos membros, linhas mais firmes e lábios com linha dupla, diferentemente das crianças mais novas que tiveram maior dificuldade em expressar essas características, confirmando que o número de detalhes apresentados no desenho muda com o aumento da idade, não só pela sua habilidade em desenhar, mas também pelo conhecimento que têm sobre seu corpo e sobre si mesmas.

Sarti (1999) defende a necessidade de compreender e apoiar as crianças, em especial as que estejam em situações aversivas, com estratégias mediadoras de dupla função, visando diagnosticar e favorecer a expressão de conteúdos dolorosos através de técnicas terapêuticas. Acrescenta ainda que para a avaliação em contextos diferenciados ou em situações aversivas é necessário conhecer o que é característico de cada idade para fazer interpretações e julgamentos com maior

precisão. Considera a importância da existência de dados normativos para comparação com os desenhos de crianças nestas situações.

Rosa (2006) ressalta a importância de que os profissionais que avaliam crianças tenham referências sobre os aspectos do desenho que podem ser esperados e, portanto, são normais, considerando a idade da criança, para poder inferir o que seria desvio em um desenho tanto nos aspectos cognitivos como nos emocionais.

Por outro lado, Cox e Maynard (1998) debatem a impossibilidade de se incluir em pesquisas crianças com dificuldades de aprendizagem diagnosticadas ou aquelas portadoras de necessidades especiais, pois estas podem não diferir cognitivamente, mas apresentar diferenças em suas produções gráficas. Desta forma, estas crianças podem incluir menos detalhes ou não executarem desenhos em perspectiva, quando comparados com as outras crianças da mesma faixa etária. Contudo a exclusão dessas crianças pode levar a um viés na amostra.

Quando à interpretação dos DFH, Koppitz (1973) se atém a como a criança realiza o desenho, pois este aspecto reflete o conceito que a criança tem de si mesma. Considera ainda, que a pessoa desenhada pela criança *“é uma expressão de quem é mais importante para ela naquele momento”* (p.99), bem como revela os conteúdos de seu mundo interno como desejos, fantasias, angústias e conflitos. Este desenho pode ser considerado veículo de expressão de muitos sentimentos e atitudes: *“pode ser uma expressão de alegria, um grito de medo, uma pergunta, uma fantasia, algo que a criança tenha experimentado, cabe ao psicólogo averiguar o que a criança está tratando de comunicar através de seus desenhos”* (p.99).

Para Machover (1949), ao desenhar uma pessoa o sujeito inicia um processo de seleção que envolve a identificação através da projeção e da introjeção. Utiliza como base suas experiências anteriores, suas emoções, sensações e vivências para se organizar diante de uma situação nova, principalmente quando esta tarefa é pouco estruturada. No DFH existe uma ambigüidade de estímulos que faz com que o indivíduo busque internamente uma organização que vai refletir suas vivências e

sentimentos. Uma atenção especial deve ser dada ao aspecto da figura desenhada, sua disposição de ânimo, se está feliz, expansiva, retraída, temerosa, hostil, etc. Acredita que esta é uma expressão da vida emocional do desenhista e vai refletir as tensões que este experimenta e expressa no desenho.

Machover ressaltou a constância das projeções gráficas em termos formais e considera que as variações no decurso do tempo são poucas e relativas a aspectos de conteúdos no Desenho da Figura Humana, como por exemplo, detalhes corporais, roupas e acessórios, enquanto os aspectos estruturais são pouco variáveis como, por exemplo, tamanho, linha, colocação da figura na folha, etc.

De acordo com Klepsch e Logie (1984), na interpretação de desenhos, deve-se considerar a impressão geral que o desenho dá e, então, examinar os sinais específicos, isto é, tamanho, omissões, ênfases, etc. A impressão geral ou global que o desenho retrata é mais importante do que a informação dada por um sinal específico. São requeridos diversos indicadores antes que possam ser feitas inferências sobre uma criança. Quando é pedido para uma criança desenhar uma pessoa, pressupõe-se que ela esteja desenhando a si mesma. Mas é importante lembrar que algumas vezes a criança desenha seu self físico, ou seja, desenha como ela é, de modo que se não tiver um braço, assim será desenhada. Outras vezes ela desenha seu self psicológico projetando-o no papel. O self psicológico é expresso através de desejos, sintomas ou defesas. Uma criança fisicamente intacta, que desenha uma figura minúscula ou uma pessoa sem braços, pode estar expressando um sintoma. Isso pode indicar um autoconceito frágil ou dificuldades em lidar com o ambiente.

Hammer (1989) atribui um papel importante ao lugar físico que a criança ocupa no ambiente na avaliação do desenho. Ela é um elemento pequeno em seu mundo e este lhe parece, por vezes, povoado por objetos gigantes. O desenho de uma figura diminuta pode revelar suas relações com figuras adultas que são vistas como tão esmagadoras que a impedem de se perceber de outra forma que não pequena e indefesa. Da mesma maneira, um desenho grande e exagerado pode revelar uma força e importância que não lhe permitem ter outras percepções. Nestes

dois casos, em que os extremos são utilizados, ela não está respondendo de forma plenamente saudável levando a dificuldades de ajustamento.

Também deve ser lembrada a importância do inquérito na aplicação do DFH, pois este permitirá informações sobre a visão da criança em relação à realidade, que pode ser conhecida pelas respostas a simples perguntas que ajudarão a complementar os desenhos. As crianças ficam mais inclinadas a conversar a respeito dos desenhos, se, ao serem questionadas, o examinador usar uma expressão menos pessoal, como por exemplo, no desenho da família, pedir para ela falar de *uma* família ao invés de falar sobre *sua* família. Outras crianças atendem melhor a uma solicitação se forem estimuladas a contar uma história sobre o desenho, fornecendo desta forma a complementação desejada (Klepsch e Logie, 1984).

Alguns estudos como os de Sayil (1996, 2001), Ives (1984) e Golomb (1992), citada por Sayil (2001), apontam que na maioria dos Desenhos da Figura Humana, a identificação básica das emoções das crianças pré-escolares e escolares se evidencia nas expressões faciais representadas em seus desenhos.

A expressão da emoção em crianças de 4 a 6 anos foi estudada por Sayil (1996), utilizando dois procedimentos nos desenhos da face, com e sem interferência. Constatou que as crianças comunicam de forma mais adequada os seus sentimentos, quando desenham livremente. Nos desenhos, que apontavam emoções como tristeza e felicidade, representavam claramente lágrimas ou outros traços que diferenciavam cada uma destas emoções. Contudo, encontravam maior dificuldades para distinguir estas emoções nas expressões de surpresa ou raiva.

Ives (1984), em sua pesquisa sobre emoções nos desenhos, concluiu que as crianças representavam a tristeza ou uma pessoa triste quando solicitadas, incluindo faces com lágrimas. O mesmo aconteceu, quando foram solicitadas a desenhar uma árvore triste, pois a colocavam com os galhos caídos. Quando os desenhos incluíam cor, pôde identificar a utilização do roxo para representar a tristeza. Concluiu ainda que o número de indicadores discriminativos aumentou com a idade das crianças.

Segundo Sayil (2001), as crianças ao expressarem emoções em seus desenhos, preferem utilizar um maior número de formas de representação da boca do que de sobrancelhas na expressão de sentimentos como alegria, tristeza, raiva e surpresa.

Golomb (1992, apud Sayil, 2001), pesquisou 200 crianças de creches e pré-escolares de classe média, divididas em grupos de 4 a 10 anos de idade e também percebeu que as crianças modificavam mais facilmente o desenho dos lábios do que os da sobrancelhas para expressarem diferentes emoções. Apontou possíveis explicações para esta preferência na expressão destas emoções. Utilizou três procedimentos de acordo com a emoção solicitada: fase de cópia da figura, fase de construção da figura com diferentes peças pré-desenhadas de sobrancelhas e bocas para complementação da figura e fase de construção e complementação da figura, desenhando de próprio punho os traços de bocas e sobrancelhas.

Os resultados demonstraram que as crianças copiaram e utilizaram os traços de bocas com maior sucesso na expressão das emoções do que os que representavam as sobrancelhas. As crianças fizeram certa confusão na fase de construção e na complementação para as expressões de surpresa e de felicidade, confirmadas na interpretação destas figuras. As crianças mais velhas tiveram resultados melhores em suas produções, o que pode ser justificado por estarem em estágios de desenvolvimento mais avançados, conseguindo melhor diferenciação em seus desenhos. Crianças mais jovens apresentaram falhas que podem estar relacionadas à sua inabilidade de fazer desenhos com traços oblíquos nas sobrancelhas. Como conclusão, pode-se perceber que a preferência pelos traços da boca em detrimento dos traços oblíquos das sobrancelhas na expressão das emoções nos desenhos aconteceram não só pela inabilidade em desenhar linhas oblíquas ou pela atenção a estes detalhes, mas também pela dificuldade das crianças de perceberem e capturarem a expressão correta destas emoções através das características destas linhas.

Percebe-se desta forma que o DFH é uma técnica muito empregada em vários contextos, com grande amplitude de usos, com diferentes objetivos e

finalidades. Acrescenta-se ainda o fato do Desenho da Figura Humana ser uma das técnicas mais utilizadas pelos psicólogos brasileiros, possivelmente por ser simples em sua aplicação, aparentemente objetiva e de baixo custo (Hutz e Bandeira, 1993).

1.3. Desenho da Figura Humana: Aspectos Evolutivos e Indicadores Emocionais

Sarti (1988, 1999), citando Rouma (1913) e Goodenough (1965), afirma que é imprescindível ter o cuidado de se inserir o aspecto evolutivo do DFH num contexto abrangente. Rouma baseado em observações empíricas descreve as etapas evolutivas do desenho infantil.

Para Lowenfeld e Brittain (1972), em cada etapa a necessidade de adaptação à tarefa faz com que a criança mobilize recursos internos de ordem psicológica para a execução do desenho. O desempenho demanda competência das funções senso-perceptivas e viso-motoras, além das próprias experiências vividas.

Apresentando de forma sucinta as descrições feitas nos estudos de Rouma (1947), citado por Alves (1986), para as etapas evolutivas para o DFH tem-se dois grandes estágios: estágio preliminar e o da evolução da representação da Figura Humana.

No primeiro estágio ou Preliminar, a criança inicialmente realiza a adaptação da mão ao instrumento, depois nomeia as linhas traçadas, em seguida faz nomeação antecipada do que vai desenhar e, finalmente, descobre a semelhança entre as linhas que desenhou e os objetos que conhece. Já na fase de evolução da representação da Figura Humana pode ser subdividido em: primeiras tentativas de representação, girino, transição para representação de frente, representação completa da figura humana vista de frente, transição entre figura de frente e de perfil e figura de perfil.

No estágio Preliminar constitui-se o contato do desenhista com o papel, adaptação da mão ao instrumento, sem maiores compromissos com o resultado, caracterizando e nomeando traços, porém ainda como rabiscos. Segundo Lowenfeld (1947), citado por Alves (1986), isto ocorre por volta dos dois anos ou mais, dependendo do ambiente.

A garatuja ordenada ou controlada já indica uma relação de causa-efeito entre os movimentos e os traços, mais ou menos seis meses após a experiência inicial. Traços na direção desejada indicam novas explorações cinestésicas e como resultado surgem os traços circulares e radiais. Quando a criança é capaz de desenhar formas mais definidas, como o oval, o quadrado, o triângulo e a cruz, consegue fazer justaposições com um número infinito de elaborações, o que resulta nos sinais precoces do esquema da Figura Humana, isso ocorre próximo aos três anos de idade. Em seguida, a intenção facilita a concepção da figura do homem e se encerra a fase de garatuja (Lowenfeld e Brittain, 1972).

Os autores acrescentam ainda que o início da representação da figura humana se dá em torno dos quatro anos, fase denominada girino com justaposição do círculo e alguns traços. A partir dessa fase, inicia-se a etapa de transição para a representação completa da figura humana vista de frente, quando começam a aparecer figuras de casas, sóis e árvores. No desenho de perfil, muitas vezes há mistura entre a figura humana de frente e a de perfil até que a criança consiga desenhar corretamente o perfil. Aos seis anos os desenhos são plenamente reconhecidos na forma e no tema.

A figura do homem aos sete anos tem seu esquema particular para cada criança, como se fosse sua assinatura. Esse esquema consiste no uso de linhas geométricas, círculos para a cabeça, uso de retângulos, ovóides e triângulos para o corpo. Nas pernas, braços e roupas, há diferentes traçados e combinações. A flexibilidade no uso dos esquemas é fundamental para facilitar a expressão, permitindo maior exploração e combinação da forma gráfica pela variação de tamanhos, valorização ou não de detalhes, omissões, etc.

Aos nove anos inicia-se a etapa do realismo, evoluindo até os doze anos. Nesta fase a criança está mais socializada, envolvida em uma turma ou grupo, se percebe como membro da sociedade. Há um crescente desenvolvimento da independência, distanciando-se do controle adulto, com maior senso do real. Na manifestação gráfica a criança reproduz todos os elementos reais de um objeto. Nesta fase, é comum haver exagero no tamanho da Figura Humana que logo

desaparece, apresenta ainda detalhes nas vestimentas, cabelos elaborados e distinção evidente entre as figuras do sexo masculino e feminino. Percebe-se um desenho mais elaborado, com melhor expressão e discriminação dos objetos e figuras, demonstrando maior desenvolvimento intelectual (Lowenfeld e Brittain, 1972).

Para os autores, a etapa pseudo-naturalista, ou idade da razão, se dá na faixa etária dos 12 aos 14 anos e como última fase, o período de decisão ou arte do adolescente, abrangendo a faixa etária dos 14 aos 17 anos.

Em 1968, Koppitz apresentou um método de avaliação dos aspectos evolutivos, atribuindo pontos aos indicadores que refletem a maturidade mental da criança, e uma lista de indicadores para avaliação de problemas emocionais. Os indicadores evolutivos correspondem a sinais representativos das partes do corpo humano. A autora definiu os itens evolutivos como:

1. Aqueles que se relacionam à idade e à maturação, aumentando sua ocorrência à medida que aumenta a idade.
2. Não são afetados pela capacidade artística da criança.
3. Não recebem influência da aprendizagem escolar.
4. Não são influenciados pela instrução ou pelo material utilizado.

Desta forma classificou os itens evolutivos em *esperados*, que aparecem com frequência igual ou superior a 86% numa faixa etária; *comuns*, com frequência de 51% a 85%; *ocasionais ou pouco comuns*, com frequência entre 16% e 50%, e *excepcionais*, com frequência menor do que 16%. Em seu estudo normativo pesquisou a frequência com que cada um dos 30 itens evolutivos ocorria no DFH numa amostra de 1856 crianças de 5 a 12 anos. Para ter validade o item precisa atender às quatro exigências. Desta forma, a ausência de um item esperado pode ser indicador de imaturidade intelectual, atraso ou regressão, devido a dificuldades

emocionais, já a presença de itens excepcionais pode indicar inteligência privilegiada.

Koppitz considerou como indicadores emocionais itens relacionados com a qualidade do desenho (tais como transparências e sombreamento), detalhes especiais (tais como cabeça muito pequena ou figuras grotescas) e omissões de itens esperados (como pescoço e olhos), estes itens foram derivados das propostas de Machover e Hammer para as técnicas projetivas gráficas. Koppitz descreve que os desenhos podem refletir os medos e as ansiedades intensas, que podem afetar a criança de forma consciente e inconsciente em um dado momento. Para a autora, o DFH irá refletir o estado evolutivo e afetivo atual e as atitudes e preocupações em um dado momento da história de vida da criança, que poderá mudar com o tempo, devido à maturidade e à experiência. Afirma que no DFH a criança expressa o conceito que tem de si mesma, ou seja, como esta se vê, sente e se percebe, expressando o seu autoconceito ou a sua auto-imagem no momento em que o desenho foi confeccionado.

Koppitz definiu um Indicador Emocional como um sinal gráfico do DFH que obedece a três critérios:

1. Tem validade clínica para poder diferenciar crianças com problemas emocionais e crianças sem dificuldades.
2. É raro e ocorre com baixa frequência no DFH de crianças normais (frequência menor que 16% em um nível de idade considerado).
3. Não deve estar relacionado com a idade, nem com a maturidade intelectual, ou seja, não deve aumentar sua frequência com o aumento da idade.

Para Koppitz, a presença de dois ou mais indicadores dos 30 que compõem a lista de Indicadores Emocionais é altamente sugestivo de dificuldades emocionais e relações interpessoais insatisfatórias.

A pesquisa normativa desenvolvida por Hutz e Antoniazzi (1995) para avaliação do Desenho da Figura Humana com crianças brasileiras, usando o sistema de pontuação dos indicadores evolutivos e emocionais de Koppitz, teve uma amostra de 1856 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 5 a 15 anos, pertencentes a escolas públicas da região de Porto Alegre (RS), cursando as séries indicadas para sua idade ou a anterior. Como critérios de exclusão foram observados os seguintes fatores: crianças de classes especiais, crianças que estivessem passando por atendimento pedagógico ou psicológico ou, ainda, que apresentassem qualquer transtorno significativo de conduta. A aplicação do DFH foi realizada de acordo com as instruções de Koppitz.

Os dados coletados foram submetidos inicialmente a uma análise de variância múltipla (Manova), considerando-se sexo e faixa etária como variáveis independentes e a soma de itens maturacionais e dos indicadores emocionais como variáveis dependentes. Tal análise demonstrou não haver diferenças significativas entre sexos ou da interação entre sexo e faixa etária, sendo assim, as análises subsequentes consideraram a amostra como um todo. Foram obtidas as frequências dos itens evolutivos e dos indicadores emocionais que foram classificados de acordo com os critérios de Koppitz.

Os autores concluíram que o instrumento, mesmo sendo em grande parte independente de linguagem, não está livre da influência cultural, pois observaram diferenças significantes entre os dados das amostras americana e brasileira que poderiam causar avaliações viesadas. Alguns itens, considerados esperados ou excepcionais para Koppitz numa determinada faixa etária na amostra americana, não foram classificados da mesma forma na amostra brasileira. Neste sentido, os autores detectaram problemas na utilização de tal técnica como uma escala para avaliação da inteligência, sendo que, atentam para a necessidade de realização de uma adaptação para este fim. Concluíram, portanto, que o DFH pode ser um instrumento útil para avaliar alguns aspectos do desenvolvimento, contudo, o psicólogo deve estar atento a tais limitações da técnica em questão. Os autores advertem ainda que um teste não pode ser utilizado isoladamente para produzir um psicodiagnóstico confiável.

A pesquisa realizada por Hutz e Antoniazzi (1995) representou uma contribuição importante por estabelecer dados normativos que permitem avaliações psicológicas mais seguras, bem como, por indicar algumas limitações do instrumento e os cuidados na interpretação e avaliação para as crianças brasileiras.

De acordo com Wechsler e Schelini (2002), estudos sistematizados sobre os aspectos emocionais presentes nos desenhos, apresentados inicialmente por Koppitz e posteriormente por Naglieri, indicaram que existem itens específicos que discriminam crianças e jovens da população normal de outras com idade similar, porém, pertencentes a amostras clínicas diagnosticadas com problemas emocionais.

Revisando a literatura, observa-se que no Brasil o maior número de pesquisas utilizando o sistema de Koppitz foi relativo à investigação dos indicadores emocionais, algumas das quais serão apresentadas a seguir:

Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) realizaram um estudo no qual procuraram investigar em que medida os Indicadores Emocionais e os Indicadores Maturacionais de Koppitz (1968) e os Sinais de Ansiedade de Snyder e Gaston (1970) podem ser evidenciados nos Desenhos de Figura Humana de um grupo homogêneo de crianças paulistas. Para tanto, selecionaram uma amostra de 60 crianças (30 de cada sexo) com idades variando entre 8 anos e 3 meses a 8 anos e 10 meses, todas provenientes de uma escola pública do município de São Paulo.

A coleta dos dados ocorreu individualmente, seguindo as orientações de Machover (1949) e para cada desenho foi analisada a presença ou ausência dos 30 Itens de Desenvolvimento, 30 Indicadores Emocionais de Koppitz (1968) e 10 Sinais de Ansiedade de Snyder e Gaston (1970). A análise estatística foi realizada por meio de provas não-paramétricas.

A análise dos Itens de Desenvolvimento demonstrou que, no geral, a amostra pesquisada apresentou dados muito semelhantes aos encontrados na amostra americana. Tal fato corrobora a pesquisa de Koppitz (1968), na qual afirma que os

referidos itens estão primariamente relacionados à idade e à maturação da criança e somente alguns estão associados também ao sexo.

Para os Indicadores Emocionais, os dados sugerem, de modo não conclusivo dado à extensão da amostra pesquisada, que a lista desses indicadores seja revista para uso com crianças brasileiras, principalmente em relação aos itens: integração pobre da figura, assimetria grosseira dos membros, figura pequena e braços curtos. Isto porque, tais dados apresentaram porcentagens superiores a 16%, deixando de satisfazer um dos critérios de Koppitz (1978) para caracterização de Indicador Emocional. Contudo, algumas análises merecem ser destacadas nesse estudo: a incidência de integração pobre de partes da figura e de assimetria grosseira dos membros que sugerem coordenação pobre e impulsividade; a alta porcentagem dos itens figura pequena e de braços curtos, apontando sinais de inseguranças, timidez e sentimentos de inadequação e a alta incidência de braços compridos como indicador de aproximação agressiva ao ambiente.

Já os sinais de Ansiedade, também considerados nesse estudo, tiveram resultados diferentes da pesquisa original, não se mostrando adequados para a amostra em questão.

Lourenção Van Kolck (1971, 1972, 1987) apresentou ainda diversos estudos sobre a avaliação do DFH com crianças, jovens e adultos, investigando aspectos como ansiedade, comprometimento orgânico, delinqüência, homossexualidade, entre outros, utilizando sempre a Técnica de Machover para a coleta dos dados.

Um dos estudos de Lourenção Van Kolck (1973) foi uma tentativa de validação dos sinais de ansiedade e de distúrbios emocionais do DFH. A amostra foi composta por 120 crianças de sete a doze anos de idade, divididas em dois grupos, sendo um grupo de crianças atendidas clinicamente (grupo experimental) e um grupo de crianças sem atendimento (grupo controle), pareadas em relação ao sexo, à idade e à escolaridade com o primeiro grupo. Os desenhos foram analisados com base nos 30 Indicadores Emocionais de Koppitz (1968) e na incidência ponderada

dos 20 Indicadores de Ansiedade de Handler (1967). O tratamento estatístico foi realizado em duas etapas distintas e com técnicas não paramétricas.

A análise estatística para os Indicadores Emocionais não apresentou diferenças significantes entre os sexos, passando-se então para a avaliação de cada grupo como um todo. O grupo experimental apresentou maior número de Indicadores Emocionais e maior tendência a apresentar escores mais altos, entre 2 e 7, do que o grupo controle. A análise discriminativa de cada indicador apontou diferenças significantes em relação aos itens: integração pobre das partes da figura, assimetria grosseira dos membros, figura pequena ou delgada, mãos grandes e omissão de nariz, com frequências maiores no grupo experimental. O indicador figura grande foi significativamente mais comum no grupo controle.

Em relação aos Índices de Ansiedade constatou que dez índices provaram diferenciar significativamente o grupo experimental do de controle. Destes índices, cinco diferenciaram na direção esperada, ou seja, ocorreram mais no grupo experimental, evidenciando maior ansiedade das crianças emocionalmente perturbadas. Os itens foram: omissão de partes da figura, tamanho da figura, ausência de linha de delineamento, simplificação da cabeça e simplificação do corpo. Os outros cinco itens que discriminaram na direção oposta, isto é, apareceram mais no grupo controle foram: rasuras, reforço ou retraçado de linhas, razão cabeça-corpo, linhas de ênfase e perda de detalhes.

Com base nestes resultados e na comparação com outras pesquisas, a autora concluiu pela validade dos Indicadores Emocionais como eficazes na discriminação adequada entre o grupo experimental e controle. Em relação aos índices de Ansiedade, constatou que são equivalentes os dois sistemas de avaliação proposto por Handler, porém o número de Índices de Ansiedade apresentado não discriminava a que grupo pertencia à criança, não comprovando a validade da Escala de Handler para as crianças brasileiras. Destaca-se ainda que esta escala, originalmente elaborada para uso com adolescentes e adultos, mostrou resultados considerados razoáveis, tendo alguns índices que diferenciaram na direção esperada e outros índices indicando uma necessidade de revisão cuidadosa, no

sentido de ser verificada sua permanência na escala, como expressivos de ansiedade.

Celli (1978) realizou um estudo comparativo dos Indicadores Emocionais de Koppitz no DFH de escolares atípicos e normais. A amostra foi composta por 150 alunos de escolas públicas da cidade de São Paulo (SP), de ambos os sexos, na faixa etária 7 anos e seis meses a 12 anos e cinco meses, de nível sócio-econômico médio, formando cinco grupos: um grupo controle constituído de crianças normais e outros quatro grupos de crianças escolares atípicos por portarem alguma deficiência física ou orgânica entre elas: poliomielite severa nos membros inferiores, cardiopatia congênita (grupo com deficiências aparente), diabetes melitus e surdez profunda (grupo com deficiências não aparente). Observou pelos resultados que no DFH as crianças expressaram a complexidade de sua situação, seus esforços para adaptação ao meio e a construção de si mesmos, confirmando na projeção do esquema corporal a preocupação somática e suas limitações físicas, traduzidas numa representação coerente de sua auto-imagem, o que foi mais evidenciado nos sujeitos do sexo masculino. Nos grupos de crianças atípicas destacaram-se com significância os Indicadores Emocionais: integração deficiente de partes da figura, sombreamento da face, braços curtos, mãos omitidas, ausência de nariz e ausência de pés, refletindo corretamente as áreas corporais afetadas. Destacou ainda que as crianças surdas são profundamente prejudicadas pela própria surdez, que as priva do meio usual de comunicação, revelando no DFH esses conflitos, confirmando a importância do uso do DFH e a validade dos Indicadores Emocionais para estudos semelhantes.

Na pesquisa de Andrade (1979) foram avaliadas 140 crianças de sete anos, de ambos os sexos, subdivididas em dois grupos diferentes de nível socioeconômico. Buscou identificar diferenças no desempenho no Teste de Bender e nos Indicadores Maturacionais e Emocionais de Koppitz ligadas à condição socioeconômica destes sujeitos. Constatou que as crianças pertencentes ao nível baixo, analisadas pelos resultados do Bender, apresentaram maior imaturidade, instabilidade e agressividade em comparação com o outro grupo. Em relação ao DFH não encontrou diferenças significantes entre os grupos e não houve diferença

em relação ao sexo das crianças. Na comparação entre os grupos obteve correlações quanto ao tempo e ao desempenho na realização das tarefas, nível de maturidade e nível socioeconômico.

Cariola e Sá (1987) compararam os DFH de crianças normais e portadoras de fissuras lábio-palatais por meio dos Indicadores Emocionais de Koppitz. A amostra foi constituída de 440 crianças de ambos os sexos, com faixa etária variando de 6 anos e 6 meses a 12 anos e 11 meses, divididas em dois grupos, sendo 220 crianças portadoras de fissuras lábio-palatais e 220 crianças do grupo controle, equivalentes na idade e na escolaridade. Constataram que as crianças fissuradas apresentaram uma maior quantidade de Indicadores Emocionais do que as crianças normais. Os indicadores com diferenças significantes entre os grupos foram: assimetria grosseira dos membros, figura inclinada, figura pequena ou delgada, braços compridos, mãos grandes, mãos cortadas, figura monstruosa e algumas omissões: nariz, boca, tronco, braços e pernas. Concluíram que alguns indicadores Emocionais serviram para diferenciar os dois grupos, prognosticando a existência da problemática emocional entre as crianças fissuradas, independente de apresentarem dificuldades de aprendizagem ou não.

Numa pesquisa com crianças com distúrbios de linguagem e comunicação oral Lourenção Van Kolck e Jaehn (1990), utilizando o DFH, avaliaram os Indicadores Emocionais de Koppitz e verificaram se os sujeitos expressavam áreas de conflitos relacionadas a essa problemática. A amostra foi composta por 18 crianças com dislalia, de ambos os sexos, na faixa etária de 5 a 10 anos, atendidas em um ambulatório especializado de um hospital escola. Os resultados revelaram que 78% dos sujeitos apresentaram entre quatro e seis indicadores, sugerindo a existência de desajuste emocional e imaturidade no grupo pesquisado. Os indicadores relacionados a áreas de conflito foram: omissão ou ênfase no pescoço, boca, mãos, nariz, braços estendidos horizontalmente e cabeça grande. Concluíram que, através da projeção da imagem corporal no DFH, ficaram evidenciadas áreas de conflito, revelando as dificuldades na expressão, na adaptação social e no desenvolvimento do ego dessas crianças.

Hernandez et al. (1995) investigaram os Indicadores Emocionais de Koppitz no DFH de crianças abusadas sexualmente. A amostra foi composta por 36 crianças, subdivididas em dois grupos, sendo 18 crianças com histórico de abuso sexual, que estavam internadas em um hospital de Porto Alegre, e 18 crianças não abusadas, pertencentes a escolas da rede pública da região. As crianças eram de ambos os sexos e com idades variando de 6 a 12 anos. Os resultados indicaram que a maior incidência de abuso ocorreu no sexo feminino. Em relação aos Indicadores Emocionais, houve somente um indicador com diferença significativa (mãos cortadas) com maior frequência no grupo de abusados.

Os autores concluíram que a diversidade da amostra de crianças abusadas em relação à idade, ao vínculo com o abusador, à repetição e ao tipo de abuso, além da capacidade de resiliência de cada criança, podem ter influenciado na vivência da situação abusiva e conseqüentemente, na representação e expressão destes sentimentos pelo DFH.

Lejarraga et al. (1997) realizaram um estudo na Argentina sobre o Desenho da Figura Humana com crianças que sofreram operação interventricular, comparadas com crianças sem a doença. A amostra foi composta por 21 crianças de 2 a 12 anos de idade, operadas para reconstrução da comunicação interventricular, pareadas com 21 crianças sem doenças como grupo controle. As avaliações aconteceram em um período médio de 2,9 anos após a cirurgia. Não encontraram diferenças significativas no quociente intelectual entre o grupo com intervenção e o de controle. As crianças operadas mostraram nos Desenhos da Figura Humana, avaliados pelo sistema de Goodenough e de Koppitz, um maior número de perturbações emocionais, tiveram menor frequência na escola e menor rendimento escolar, com maiores limitações físicas e uma tendência de dependência em relação aos pais, com menor autonomia, quando comparadas com as crianças que não tinham doenças. Os autores concluíram que apesar da reparação anatômica e de um restabelecimento físico completo, as crianças operadas persistiam, anos depois, com seqüelas psicológicas, o que obriga a repensar os critérios de cura e acompanhamento em pediatria por parte de pediatras e cardiologistas, como também a introduzir programas psico-profiláticos.

Um estudo realizado por Sarti (1999) procurou estabelecer normas de aplicação e avaliação do DFH nos aspectos cognitivo e emocional, segundo os Itens Evolutivos e os Indicadores Emocionais de Koppitz (1973) e o Índices de Ansiedade de Handler (1967). Para tanto, a autora pesquisou uma amostra de 1028 escolares de ambos os sexos, com idades variando entre 7 e 12 anos e 11 meses, alunos regulares de 1ª a 6ª séries do Ensino Fundamental, provenientes de seis escolas estaduais da rede pública de ensino do município de Ribeirão Preto. As crianças selecionadas não eram repetentes e não apresentavam anormalidades aparentes de ordem física ou comportamental, eram provenientes de famílias de níveis socioeconômico baixo e médio baixo. A coleta dos dados foi realizada coletivamente, em sala de aula, sendo solicitado dois desenhos a cada criança, um desenho de uma pessoa inteira (Koppitz, 1973) e outro desenho de uma pessoa inteira de sexo oposto ao do primeiro.

A avaliação foi realizada considerando os 30 Itens Evolutivos e os 30 Indicadores Emocionais de Koppitz e os 20 Índices de Ansiedade de Handler (1967). Uma amostra dos desenhos foi também avaliada por três juízes e os níveis de correlação foram significativamente positivos (ao nível de 5%) indicando a precisão entre juízes na avaliação. Os resultados foram convertidos em tabelas dos Itens Evolutivos com valores normativos para as seis faixas de idade e divididos nas categorias estabelecidas por Koppitz como itens esperados, comuns, menos comum e excepcionais. Foi ainda realizada uma comparação dos resultados dos Itens Evolutivos esperados e excepcionais desta pesquisa com os valores encontrados por Koppitz (1973) com crianças americanas e com a pesquisa de Hutz e Antoniazzi (1995) com escolares do Rio Grande do Sul. Os Índices de Ansiedade de Handler (1967) foram avaliados e discriminados em relação as diferentes faixas etárias e ao gênero.

A comparação dos resultados dos Itens Evolutivos com os de Koppitz (1973) revelou uma diferença significativa, mostrando que as freqüências estabelecidas por Koppitz quanto aos Itens Evolutivos esperados e excepcionais não poderiam servir de parâmetros para a amostra desta pesquisa. Os resultados para cada um dos Itens Evolutivos e dos Indicadores Emocionais dos DFH das crianças de Ribeirão

Preto comparados com os resultados das crianças do Rio Grande do Sul na pesquisa de Hutz e Antoniazzi (1995) também revelaram diferenças significativas, sugerindo que os padrões devem ser estabelecidos para diferentes regiões. No tocante aos Índices de Ansiedade, os dados apontaram que as médias dos Escores Totais foram significativamente diferentes para cada idade, mas não houve diferenças em relação ao sexo.

Para autora, a freqüência de um item evolutivo excepcional e as omissões de um protocolo permitem conhecer o grau de maturidade mental do desenhista ao compará-lo com a amostra normativa. A presença de um traço evolutivo no DFH permite também uma análise qualitativa, pois os itens esperados detêm qualidades evolutivas essenciais básicas e os itens excepcionais dão a dimensão do nível de diferenciação da expressão gráfica, sendo que a ausência de traços essenciais revela problemas na área cognitiva. Confirma que a avaliação dos itens evolutivos é complementada com a avaliação dos Indicadores Emocionais que qualificam o desenho.

Sarti afirma que a presença de apenas um Indicador Emocional é aceitável para um protocolo ser considerado normal, porém dois ou mais indicadores sinalizam prováveis dificuldades emocionais. Acrescenta que toda a avaliação do DFH deve ser feita considerando-se o desenho como um todo, integrando os significados de vários aspectos gráficos, não sendo, portanto, aconselhável realizar a interpretação do desenho com base em sinais isolados.

Conclui que as técnicas utilizadas mostraram qualidades para avaliar as crianças de ambos os sexos de 7 a 12 anos de idade da região de Ribeirão Preto quanto ao nível evolutivo e emocional, sendo seu uso recomendável como instrumento de abordagem inicial em uma avaliação psicológica ou em contextos institucionais, como hospitais, escolas, para triagem de crianças que necessitem de apoio terapêutico ou encaminhamento imediatos.

Uma pesquisa exploratória da personalidade da criança obesa utilizando os Indicadores Emocionais de Koppitz no DFH foi realizada por Azevedo (2003). A

amostra foi composta por 60 crianças de 7 anos a 12 anos e 11 meses, sendo 30 obesas (IMC maior ou igual a 25 – segundo a OMS) e 30 crianças não obesas, de ambos os sexos, pertencentes a escolas do Ensino Fundamental da cidade de Piracicaba de 1ª a 6ª séries. Os dois grupos foram pareados em função do sexo, idade e escolaridade.

O item omissão de nariz foi o que melhor discriminou entre os dois grupos, com maior frequência no grupo de obesos. Em segundo lugar o indicador mais freqüente foi figura inclinada e em seguida braços curtos. Os sujeitos obesos apresentaram maior quantidade de Indicadores Emocionais em seus desenhos, assim como, pontuações mais altas, com dois ou mais indicadores. Concluiu que os Indicadores Emocionais evidenciam as fontes de conflito no DFH e, como tal, são reveladores de ansiedade. Para a autora, os resultados apontam que a obesidade é uma expressão dos distúrbios emocionais, confirmando pressupostos da abordagem psicossomática da obesidade como expressão de conflitos emocionais inconscientes.

Ide (2004) estudou crianças hospitalizadas com o objetivo de avaliar por meio do Desenho da Figura Humana os aspectos cognitivo e emocional, utilizando o referencial de Koppitz e a normatização de Sarti (1999). Foram sujeitos da pesquisa 28 crianças hospitalizadas na faixa etária de 7 a 12 anos, divididas em dois grupos, sendo um de crianças que sofreram intervenção cirúrgica e outro que não passou por intervenção. Na formação dos grupos e seleção dos sujeitos a autora procurou controlar diversas variáveis como sexo, idade, série, desempenho escolar satisfatório, nível socioeconômico e outros, de forma a atender as mesmas características do grupo normativo de Sarti, ficando somente as variáveis estudadas como diferenciais, ou seja, a intervenção cirúrgica e a situação de hospitalização sem intervenção cirúrgica. As crianças hospitalizadas que não sofreram intervenção cirúrgica estavam em hospitais públicos e tiveram como motivo da internação mal-estar e sintomas diversos diagnosticados como: pneumonia, diarreia e vômito, crise convulsiva, enterovirose, politraumatismo e outros. As crianças que sofreram intervenção cirúrgica estavam em hospitais particulares e passaram por cirurgias eletivas, marcadas com antecedência. Entre os motivos da cirurgia os diagnósticos

foram: herniografia inguinal, correção estrábica, exereses de cisto, osteossíntese de antebraço, miringoplastia de ouvido e outros.

As avaliações do total de Indicadores Emocionais e Nível de Maturidade Mental foram realizadas segundo os critérios de Koppitz, comparando-se os resultados com o grupo normativo de Sarti e os grupos entre si. Os dados mostraram que os grupos não diferiram quanto aos aspectos cognitivo e emocional em relação ao grupo normativo e nem entre si. Foi realizada ainda uma análise qualitativa dos desenhos e de seus respectivos inquéritos com os seguintes resultados: as crianças do sexo masculino pertencentes ao grupo com intervenção cirúrgica apresentaram no primeiro desenho maior frequência de figuras femininas. Para a autora a interpretação pode indicar uma possível regressão e dependência da mãe num estado narcisista infantil. A pressão do lápis foi outro fator evidente nos desenhos de ambos os grupos, assim como, traçado repetido com avanços e recuos, significando ansiedade, insegurança e hesitação frente a novas situações. A presença de nuvens nos desenhos teve grande frequência em ambos os grupos, porém com maior incidência no grupo de crianças sem intervenção. A figura pequena e pernas fechadas foram também mais frequentes no grupo de crianças sem intervenção.

A autora concluiu que as crianças que sofreram intervenção cirúrgica apresentaram melhor adaptação e menores comprometimentos, possivelmente pela característica da cirurgia eletiva, pois houve maior tempo de preparação, e estas crianças, quando deram entrada no hospital, estavam sem apresentar sintomas, além do que, normalmente este tipo de intervenção provoca um tempo de hospitalização curto de apenas um dia. No caso das crianças hospitalizadas que não sofreram intervenção cirúrgica, estas deram entrada no hospital sentindo dores e com alterações em seu estado de saúde, buscando o tratamento para alguma patologia. Comenta ainda que as crianças do grupo com intervenção podem ter apresentado negação da situação, dizendo-se estar bem e felizes já que na análise dos desenhos alguns itens evidenciavam preocupações com a situação de cirurgia. Acrescenta, no entanto, que devido aos cuidados em seguir o rigor metodológico na

seleção dos sujeitos para comparação com o grupo normativo, não foi possível uma amostra maior o que pode tornar difícil uma generalização dos resultados.

Com o objetivo de construir e validar uma escala infantil para avaliação dos indicadores emocionais do DFH, Arteché (2006) realizou uma pesquisa em duas etapas. Na primeira etapa participaram 606 crianças de duas faixas etárias: seis a oito anos e de nove a doze anos, sendo que 50% das crianças estavam em atendimento psicológico e 50% sem atendimento. Neste estudo preliminar foi construído um instrumento de avaliação dos aspectos emocionais do DFH baseados nas escalas de Machover (1949), Koppitz (1984) e Naglieri, McNeish e Bardos (1991), além dos itens de desenvolvimento cognitivo proposto por Koppitz (1984) e Wechsler (2003). Os resultados dos indicadores característicos de cada gênero e das diferentes faixas etárias que discriminaram o primeiro grupo foram posteriormente submetidos a uma nova análise na segunda etapa.

Nesta etapa, a amostra foi composta por 198 crianças sendo 100 em atendimento psicológico e 98 que não estavam em atendimento, obedecendo-se a mesma divisão dos grupos por faixa etária. Foram aplicados: o DFH, um questionário de identificação e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Com o grupo não clínico foi solicitado o preenchimento de uma escala de identificação de problemas, respondida pelos professores, para confirmar a ausência de comportamentos indicativos de problemas emocionais ou educacionais. Com o grupo clínico, foi preenchido pelos terapeutas o CBCL (Child Behavior Checklist - Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência, 1995), visando a identificação de problemas de comportamentos e competência social das crianças.

Os resultados mostraram que no grupo de meninos de seis a oito anos, nove itens do estudo inicial foram confirmados como indicadores emocionais: boca cortada, dificuldade de integração, uso do quadrante direito da página, dedos como garras, omissão de dedos, omissão de tronco, presença de roupa feminina, sexo indefinido e transparência. Três novos itens emergiram como discriminadores entre os grupos: ausência de proporção, dedos juntos e tronco destacado. Com as meninas nesta mesma faixa etária, nove indicadores foram confirmados como

discriminadores entre os grupos: linha fina, linha tremida, ênfase na face, falhas no penteado, simplificação dos olhos, assimetria, omissão das mãos, dificuldade de representação das pernas e ausência de roupas. Dois novos indicadores emergiram: ausência de linha no pescoço e uso do quadrante esquerdo da página.

Na faixa etária de nove a doze anos, com os meninos, foram confirmados 12 indicadores do estudo inicial: assimetria, ausência de roupas, dificuldade de integração, dificuldade de representação de dedos e pés, linha fina, omissão das mãos, dedos e pés, posição do desenho de forma inconsistente na página, sexo indefinido e transparências. O indicador ausência de proporção também apareceu como discriminador entre os grupos. Já com as meninas desta faixa etária, confirmaram-se cinco itens como indicadores emocionais: dedos juntos, falhas no penteado, linha pesada, omissão de mãos e de pescoço e cinco novos indicadores emergiram: ausência de proporção, dificuldades de integração, ênfase nas pernas, figura pequena e transparência.

Os resultados indicaram que apesar de 70% das crianças desenharem a primeira figura de seu próprio sexo, a não identificação do sexo surgiu como um importante indicador emocional, especialmente na amostra masculina. A autora destacou a importância da redefinição de indicadores específicos e evidenciou a necessidade de se considerar o agrupamento de alguns indicadores formando novos itens, por exemplo: ênfase na face, dificuldades de representação de dedos e de pés. Afirmou ainda, que a avaliação do item ausência de proporção revelou-se importante como discriminador entre os grupos, mostrando ser útil como medida global na identificação de desenhos com indicadores de problemas emocionais. Sugeriu a possibilidade de se usar uma pontuação numa escala “likert” para a avaliação global, incluindo também os itens: linha pesada, linha fina, dificuldade de integração, transparências, etc. Concluiu que as crianças de seis a doze anos de idade que apresentavam problemas emocionais representaram graficamente a figura humana de forma diferente das crianças sem problemas emocionais. Sugeriu ainda, que em novas pesquisas, para facilitar a avaliação, os indicadores específicos possam ser tratados numa escala, cuja média estabelece um ponto de corte, de forma a melhor discriminar os grupos com e sem problemas emocionais, utilizando-

se indicadores apropriados para cada grupo levando em consideração o gênero e a idade das crianças.

Rosa (2006) fez uma revisão de diversas pesquisas em que foram utilizadas as avaliações de Koppitz em trabalhos sistemáticos com indicadores maturacionais e emocionais, confirmando que o maior número de pesquisas foram relativos aos indicadores emocionais. Sua pesquisa teve como objetivo estabelecer normas para o Desenho da Figura Humana, especificamente para o Desenho do Homem, avaliado pelo Teste Goodenough-Harris (1963) e pelos Indicadores Maturacionais de Koppitz (1973), bem como obter dados relativos à precisão e à validade. Sua amostra foi composta por 1540 crianças com faixa etária entre 5 e 11 anos, de ambos os sexos, sorteadas de modo a ser representativa de escolares da cidade de São Paulo. Os resultados demonstraram aumento progressivo nos pontos brutos em função da idade cronológica, a utilização de um só desenho se mostrou suficiente para avaliação cognitiva e as duas escalas utilizadas apresentaram validade e precisão satisfatórias para a avaliação cognitiva. Concluiu que os dois sistemas de pontuação do Desenho do Homem são adequados para avaliação cognitiva das crianças escolares da cidade de São Paulo, podendo ser empregados na triagem e avaliação psicológica infantil.

Considerando a importância dos estudos científicos, é possível buscar por meio do Desenho da Figura Humana novas contribuições numa análise psicodinâmica, ampliando a utilização dessa técnica projetiva na avaliação do paciente infantil, procurando identificar a repercussão da doença e da hospitalização em seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

1.4. Os Desenhos Temáticos

Fávero e Salim (1995) discutem a necessidade da interação entre a pesquisa básica e a pesquisa aplicada na Psicologia da Saúde, no sentido de se desenvolver trabalhos de pesquisas cujos resultados sejam suficientemente significativos do ponto de vista de sua efetiva utilização no planejamento, implementação e avaliação de intervenções nos diferentes domínios da Psicologia.

Neste sentido, Trinca (1997) considera a utilização do Procedimento de Desenhos-Estória como uma das mais significativas expansões da utilização do desenho como técnica de avaliação psicológica, com ganho fundamental para o conhecimento básico dos processos mentais mais significativos do paciente. O Procedimento de Desenhos-Estórias foi introduzido como instrumento de investigação clínica da personalidade e auxiliar na condução do exame psicológico. Ocupa uma posição intermediária entre os testes projetivos gráficos e temáticos e as entrevistas. Constitui-se na reunião de processos expressivos-motores (entre os quais se inclui o desenho livre) e processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas) e associações dirigidas pelo inquérito (Trinca, 1997).

Tal técnica pode ser utilizada quando se necessita de um *“instrumento com sensibilidade bastante para uma exploração inconsciente de tipo vertical e focal, relacionada especialmente às queixas e outras angústias emergentes em uma dada situação”* (Trinca e Tardivo, 2000, p.428).

Para Matarazzo (1984), a criança em seus desenhos revela situações de conflitos que constituem a base de seus sintomas. A criança atua como se a realidade e a fantasia fossem uma coisa só. Ao falar sobre seus desenhos, coloca seus temores, seus desejos e fantasias, pois esta técnica favorece a emergência desses conflitos e conseqüentemente a elaboração das angústias a eles relacionadas.

Muito pode ser apreendido a respeito da personalidade, percepções, valores e atitudes das crianças por meio dos desenhos. Porém o Desenho da Figura Humana constitui a fonte mais rica de informação. Klepsch e Logie (1984) destacam quatro formas de usos projetivos do DFH, mostrando as possibilidades de expansão desta técnica:

1) Como medida da personalidade, obtendo informações a respeito da unicidade do sujeito, descobrindo como vê a si mesmo, usando-se o Desenho de uma Pessoa e suas variações, como por exemplo, Teste da Casa-Árvore-Pessoa (HTP), Desenho de uma Pessoa na Chuva, Desenho de Animais, etc.

2) Como medida do self em relação aos outros, descobrindo, por exemplo, como uma criança percebe a si mesma dentro de um grupo específico. Nesta aplicação destaca-se o Desenho Cinético da Família (KFD) e suas variações, como por exemplo, o Desenho Cinético da Escola (KSD).

3) Como medida de valores grupais, em que a criança desenha o tipo de indivíduo que mais admira ou respeita ou, ainda, as diferenças culturais e raciais que são representadas nestes desenhos. Neste caso é valorizado o conteúdo dos desenhos, ou seja, o tipo de pessoa desenhada. Explora-se medidas de valores culturais, e religiosos, hostilidade, cooperação, identidade racial, entre outras.

4) Como medida de atitudes, em que as crianças desenhavam pessoas específicas com quem entram em contato, permitindo apreender quais são suas atitudes em relação a estas pessoas. Nesta proposta destaca-se o Desenho do Professor (Draw-a-Teacher - DAT) e outras variações, como por exemplo, a exploração da temática saúde e doença, focalizando a relação com os personagens que representam a área da saúde como dentistas, médicos e enfermeiras.

Trinca (1997) destaca que a compreensão da mensagem transmitida pelo desenho muitas vezes não é fácil, pois esta não aparece claramente e, na interpretação, deve-se levar em consideração a integração de diversos dados em um todo coerente, além da necessidade de uma relação empática entre o sujeito e o

aplicador. Acrescenta ainda, que o Desenho-Estória com Tema é uma modificação ou expansão da técnica, que permite focalizar de forma mais direta um aspecto do conflito psíquico, recomendado quando não houver um *setting* que promova naturalmente a expressão dos conflitos e perturbações.

Considerando a importância de investigar e explorar temas específicos com crianças através de desenhos, pode-se destacar o estudo de Olivero e Palácios (1985) sobre o Teste do Par Educativo (Test “Pareja Educativa” – TPE), buscando conhecer as relações vinculares vivenciadas pelas crianças no contexto escolar. Sua amostra foi composta por 300 crianças de escolas rurais e urbanas da Argentina, com idades entre 8 e 10 anos. As crianças foram subdivididas em três grupos, sendo 100 de escolas rurais, 100 de escolas urbanas e 100 de clínicas com queixas de transtornos de aprendizagem. Como instrução foi solicitado o desenho de alguém ensinando a outra pessoa.

As autoras apresentaram os resultados em frequência percentuais dos indicadores com as respectivas interpretações. Nos desenhos preponderou o ambiente escolar, com a inclusão de objetos de aprendizagem que as autoras subdividiram em dois tipos: específicos e complementares. Como específicos consideraram os objetos centrados na relação entre ensinar e aprender, como por exemplo, lousa, carteira e mesa, e como complementares, aqueles que reforçavam o uso dos objetos específicos, como por exemplo, lápis, borracha, caneta, etc. Os personagens desenhados representavam o que a instrução propõe, ou seja, o desenho de alguém que ensina e de outro que aprende. Somente na amostra de crianças atendidas em clínica apareceram, com frequência de 26%, personagens que não eram pares educativos, sugerindo que este resultado poderia ser interpretado como indicativo da descaracterização da relação do modelo vincular do par educativo.

Segundo Klepsch e Logie (1984 p.154), “*os desenhos vasculham mais a fundo a pessoa e avaliam atitudes verdadeiras, isto é, como ela realmente considera uma pessoa específica. Estas atitudes podem ser conscientes e inconscientes*”.

Estes autores descrevem um estudo realizado em 1980, com 131 crianças da 1ª a 8ª séries, avaliando atitudes das crianças em relação a enfermeiras, médicos e dentistas, pedindo que elas desenhassem cada profissional. Observaram nos desenhos padrões que mereceram destaque: as enfermeiras foram desenhadas mais freqüentemente com agulhas de injeção, desta forma pressupondo que este detalhe nos desenhos mostrava uma atitude negativa, já que agulhas de injeção são consideradas como representativas de dor. Os dentistas foram desenhados com dentes grandes e/ou mãos exageradas, que refletiam atitudes negativas. Houve ainda desenhos onde as crianças desenhavam a si mesmas sentadas na cadeira do dentista, fazendo cadeiras muito grandes e a si próprias muito pequenas, parecendo perdidas ou insignificantes. Os médicos foram desenhados usando óculos, que poderiam ser representativos de conhecimento, sugerindo que as crianças consideravam os médicos como sábios.

No contexto hospitalar, especificamente na clínica pediátrica, a realidade da hospitalização faz com que a criança vivencie sua doença e a hospitalização de forma única, sendo algumas mais vulneráveis do que outras a essas situações, dependendo de suas experiências anteriores de internação, idade, histórico genético e orgânico, personalidade e nível de equilíbrio emocional, bem como das representações que possuem do estar hospitalizado e da doença. De acordo com Minayo (1998), o processo saúde-doença revela uma relação que ultrapassa o corpo individual e social, confrontando-se com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Trata-se de um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente e, assim, importa tanto por seus efeitos no corpo, como por suas repercussões no imaginário. Qualquer ação de diagnóstico, de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria considerar os valores, as atitudes e as crenças dos grupos aos quais a ação se dirige.

Considerando este contexto, Koppitz (1973) comenta como se refletem nos desenhos as reações perante a enfermidade e a hospitalização. *“Uma operação é uma experiência aterrorizante para uma criança pequena, mesmo que os pais e o médico lhe assegurem que tudo correrá bem”* (p.114). A separação dos pais e de seu ambiente familiar é um dos fatores mais perturbador. Como um dos exemplos,

descreve o caso de Marjorie, uma criança de 5 anos e 5 meses, que enfrentou uma operação de amigdalotomia, e por meio do desenho expressou suas reações durante sua hospitalização. Revelando sentimentos de impotência e fragilidade, desenhou-se diminuta e a face com expressão assustada, diante de uma cama metálica estranha e grande que parecia uma jaula, tendo ao lado um enorme e poderoso enfermeiro com uma agulha, um termômetro e um estetoscópio. No mesmo desenho aparece sua mala no piso, ao lado da cama, o que, para autora, poderia demonstrar seu desejo inconsciente e seu medo de não poder regressar ao lar depois desta situação.

Numa pesquisa recente, Cafiero (2002) realizou um estudo de caso utilizando o Desenho da Figura Humana com uma criança de 5 anos que fazia acompanhamento ambulatorial num hospital. A criança apresentava assimetria corporal longitudinal dos membros inferiores e má formação vascular. Seu problema foi detectado com um ano de vida e desde então passava por diversos exames e tratamentos. Como parte integrante de sua evolução clínica, foi pedido à criança que desenhasse a si mesma. Em seu desenho foi possível observar a assimetria entre os membros inferiores em comparação com sua própria lesão. Com o uso de desenhos na consulta pediátrica foi possível trabalhar de modo informal questões de ansiedade e estresse, favorecendo a observação da motricidade fina e da percepção visual com a integração visomotora, além de avaliar situações aversivas, a visão da criança do mundo, seu lugar na dinâmica familiar e o conceito que tem de si mesma, entre outros dados. Acrescentando o Desenho da Família, revelou dados de seus integrantes, a distorção de tamanho, o aparecimento de situações ameaçadoras, etc. Outros dados médicos puderam ser observados, tais como, presença de sintomas e dor crônica abdominais, cefaléia recorrente, além de alterações corporais, como sinais de regressão e abusos. O autor concluiu que é fundamental entender e valorizar a importância do desenho como procedimento e que deve ser utilizado como mais um meio de obter informações no contexto da consulta pediátrica habitual.

Trabalhando com crianças hospitalizadas numa faixa etária um pouco maior, entre sete e onze anos de idade, Sarti (1988) observou que as crianças estudadas

que conseguiam um melhor relacionamento com as pessoas, estavam mais preparadas para compreender explicações verbais e expressar seus sentimentos. Sua capacidade intelectual permitia maior facilidade de adaptação, mas ainda tinham uma idéia pouco clara da doença e suas causas, sofrendo com suas fantasias e com suas concepções erradas, medos e reações inesperadas.

Lourenção Van Kolck (1973, 1981, 1987) realizou diversos estudos onde buscou investigar como a doença orgânica afeta a imagem corporal e quais as contribuições do Desenho da Figura Humana para a área da Psicologia da Saúde, avaliando a compreensão dos efeitos e conseqüências diretas e indiretas da doença ou de alguma deficiência sobre o indivíduo. Afirma que algumas características essenciais na imagem corporal são evidenciadas nas produções gráficas dos sujeitos, de acordo com a área afetada, seus significados e as suas experiências vividas em decorrência de sua doença ou problema. Para a autora, o sentido dinâmico é essencialmente enfatizado na imagem corporal. O indivíduo constantemente esforça-se para conferir uma estrutura a algo que é dinâmico por natureza.

Fábregas (1999, pp. 34,35) acrescenta que:

A experiência tanto subjetiva quanto concreta da doença orgânica implicará em modificações na estrutura libidinal e, por conseqüência, a imagem corporal será afetada. Para isso, concorrem a vivência do sofrimento psíquico que a doença poderá acarretar e as restrições de ordem prática que poderão advir da mesma.

Para melhor investigar a questão da projeção de imagem corporal no DFH, Teran (1971) realizou um estudo em uma amostra de crianças com limitações físicas advindas da poliomielite, partindo da hipótese de que elas apresentavam distorções na imagem corporal que seriam representadas no DFH.

Trabalhou com dois grupos, o Grupo Experimental composto por 32 crianças provenientes de uma instituição que presta assistência médica, psicológica e de reabilitação física para crianças com alguns tipos de limitações, a saber: lesão

orgânica cerebral, amputados, má formação congênita, distrofia muscular, paralisia cerebral e paralisia infantil. As crianças desse grupo dividiam-se em 20 meninos e 12 meninas, com idades variando entre 6 e 12 anos, todas portadoras de paralisia dos membros inferiores, sem comprometimento de braços e mãos e sem outro tipo de limitação corporal, mental ou sensorial. O Grupo Controle foi composto por 44 crianças, sendo 25 meninos e 19 meninas, sem nenhuma limitação física ou mental e, cujas idades oscilavam entre 6 anos e 7 meses e 12 anos, todos pertencentes a uma escola paroquial. Os grupos foram equiparados nos seguintes fatores: inteligência normal de com a avaliação pelo WISC e nível socioeconômico médio.

Os resultados apontaram que as crianças com paralisia projetaram no DFH sua condição física ao desenharem uma figura assimétrica, inclinada, desproporcional, com as extremidades inferiores não unidas ao tronco e com aparelhos ortopédicos. Tal fato indica que essas crianças apresentaram consciência de suas deformidades, aceitavam-nas como parte integrante de sua imagem corporal e, portanto, assim a representaram no Desenho da Figura Humana.

Revisando algumas pesquisas com crianças hospitalizadas, pode-se destacar o estudo de validade clínica do DFH e os indicadores de Koppitz (1973), realizado por Sarti (1988), no qual pesquisou a contribuição do Desenho da Figura Humana para avaliação do estado emocional de crianças hospitalizadas. Seu objetivo foi discriminar, pela escala de Koppitz, as condições maturacionais e emocionais de crianças na primeira hora de hospitalização para serem submetidas a intervenções invasivas (Grupo Experimental), comparando com escolares (Grupo Controle), pareadas em idade, gênero e nível socioeconômico. Cada grupo foi composto por 29 crianças e teve como hipótese a existência de diferenças na produção gráfica tanto no aspecto evolutivo como no emocional entre as crianças hospitalizadas e as escolares.

Os dados permitiram observar que as crianças hospitalizadas apresentaram médias significativamente mais baixas do nível de maturidade mental na escala de Koppitz ($\alpha = 0,005$) e significativamente mais altas nos indicadores emocionais ($\alpha = 0,01$). Alguns indicadores emocionais foram encontrados com maior frequência nas

crianças hospitalizadas do que nas escolares: integração pobre das partes, sombreamento do rosto, sombreamento do corpo e membros, assimetria dos membros, figura pequena, transparências, braços curtos e omissões de partes do corpo. Os índices de ansiedade de Handler, que tiveram diferenças significativas entre as crianças hospitalizadas e as escolares foram: rasuras, razão cabeça-corpo, ausência de linha de delineamento, desequilíbrio vertical e simplificação da cabeça.

A autora constatou que o grupo de crianças hospitalizadas apresentou prejuízos nos aspectos maturacionais e emocionais e o nível de ansiedade significativamente mais alto do que as escolares. Concluiu ainda, que as técnicas de avaliação permitiram discriminar o Grupo Experimental do Grupo Controle, mostrando serem úteis e eficazes para indicação de perturbações emocionais e ansiedade em crianças hospitalizadas e como instrumentos intermediários importantes entre o profissional e a criança.

Nuvoli et al. (1989) pesquisaram a representação da Figura Humana em 23 sujeitos portadores de diabetes, na faixa etária de 10 a 15 anos, comparando com 41 crianças escolares que não possuíam histórico da doença. Utilizaram como técnica associada o Desenho de uma Pessoa Doente e um questionário. A estrutura gráfica do desenho foi analisada pelos aspectos: pressão, sombreamento, localização na página, tamanho, detalhes, presença de objetos, figuras incompletas, preponderância de partes do corpo, identificação regressiva, abstrações, etc. Foi dada atenção à forma que as crianças utilizavam para simbolizar a doença. Os protocolos foram avaliados por dois juízes com concordância de 90%. Foi inicialmente aplicado um questionário obtendo dados dos sujeitos e da doença e, posteriormente, foi solicitado a cada criança que desenhasse uma pessoa e em seguida uma pessoa doente.

Como resultados destacaram que, quanto à localização na folha, os sujeitos do grupo controle tenderam a fazer as duas figuras no centro do papel, denotando atitude de adaptação e equilíbrio, diferentemente do grupo diabético, no qual o Desenho da Figura Humana estava na parte superior da folha e o Desenho da Pessoa Doente na parte inferior. Para os autores, isto demonstra que os sujeitos

sem a sintomatologia expressam em seus desenhos confiança e possibilidades de realização pessoal, enquanto os sujeitos diabéticos foram mais contidos e mais presos à realidade.

Ocorreu semelhança quanto ao tamanho do desenho, porém com maior quantidade de desenhos grandes no grupo de sujeitos sem sintomatologia no Desenho da Figura Humana, representando 73,0% em comparação com o grupo diabético que foi de 37,0%. Este aspecto se relaciona aos indicativos de adaptação. Quanto ao sombreamento, usualmente considerado como sinal de ansiedade, houve diferenças significantes entre os dois grupos. Apareceu com maior frequência principalmente no Desenho da Pessoa Doente, com 82,9 % no grupo controle e 61,0 % no grupo diabético.

Em relação às expressões faciais das figuras, nos sujeitos diabéticos, no Desenho da Figura Humana, ocorreram menos expressão de sorriso (feliz) do que no grupo controle, já no Desenho da Pessoa Doente foi encontrado menos expressão de tristeza com 43,8%, na comparação com o grupo controle que foi de 63,4%. Desta forma, não foi identificado um estereótipo nos diabéticos, associando saúde à alegria e tristeza à doença, o que, no entanto, ocorreu no grupo controle. Quanto à presença de objetos no ambiente, em ambos os grupos, apareceram móveis como camas, cadeiras e mesas nos Desenhos da Pessoa Doente. Já nos desenhos das pessoas saudáveis, apareceram flores e árvores, feitas com maior frequência pelo grupo controle do que pelo grupo diabético.

Os autores afirmam que as representações dos sujeitos diabéticos no Desenho da Pessoa Doente puderam expressar elementos projetivos, indicando tendências regressivas associadas com o auto-retrato depressivo e com a desvalorização de sua auto-estima. Verificaram ainda, que o Desenho da Figura Humana dos sujeitos não portadores de diabetes são mais detalhados em comparação com os do grupo diabético. Já os Desenhos da Pessoa Doente tiveram menor diferenciação na produção de ambos os grupos.

Na pesquisa realizada por Fávero e Salim (1995) foram estudados os conceitos de saúde, doença e morte por meio de desenhos. A amostra foi composta por 71 sujeitos sadios de ambos os sexos, nas faixas etárias de 6-7, 9-10 e 14-15 anos, alunos da rede particular de ensino do Distrito Federal. Foi solicitado aos sujeitos desenhos que deveriam conter três elementos (flor, animal e pessoa) em quatro situações diferentes (saúde, doença, morte e pós-morte).

Foi constatado que o conceito de saúde está relacionado principalmente à boa forma física, através do desenho com cores vivas e formas precisas e ao sentimento de felicidade, com boca em forma de sorriso, olhos grandes e abertos. Já a doença foi relacionada a uma alteração geral desse quadro demonstrada através da deformidade do desenho, cores empalidecidas ou escurecidas, falta de algum membro ou forma não precisa e sentimentos de tristeza e desamparo com traçado descendente da boca. A morte foi relacionada à deformação geral do desenho, expressão de rigidez e ausência de partes do corpo. Os autores constataram que o desenho permitiu o acesso a detalhes que não seriam encontrados se fosse usada apenas a linguagem verbal e propuseram futuras pesquisas explorando esta técnica.

Coutinho (2000) estudou o uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão. Sua amostra foi composta por 30 alunos de 1ª a 4ª séries do primeiro grau, com idades entre 7 e 10 anos, subdivididos em dois grupos com e sem sintomatologia da depressão. O primeiro grupo foi composto por 15 sujeitos que foram avaliados pelo Inventário de Depressão Infantil – CDI (Kovacs, 1985) e o segundo por sujeitos que não manifestaram a sintomatologia da depressão. Aplicou também as seguintes técnicas: Rorschach Temático, Desenho Livre com Estória, Desenho de uma Pessoa com Depressão, associação de palavras e entrevistas semi-estruturadas.

Cabe destacar alguns resultados apontados pela autora com a técnica do Desenho-Estória com Tema. Na análise gráfica destas produções observou que a sintomatologia da depressão encontrava-se ancorada na esfera psico-afetiva, demonstrada pela tristeza que emerge como elemento significativo tanto através da expressão gráfica quanto no relato verbal, indicada por meio de lágrimas no

desenho, olhar vazio, traços faciais sérios, representando o difícil acesso à elaboração dos pensamentos e que se associavam a situações e vivências conflituosas, como vivências de perda, separação de pessoas queridas, carência afetiva, isolamento social, limitações e frustrações no brincar e baixa auto-estima. A autora considerou que os traços finos nos desenhos indicavam sentimentos de menos valia ou raiva e oposição, desprezo em relação à própria imagem, sentimento de vazio e impotência frente às limitações impostas pelo meio.

Acrescenta ainda que ocorreram perturbações com conotação estética, mostradas através de corpos encurvados, braços e mãos fechadas e colados ao corpo, pés suspensos, sem linha de apoio, membros inferiores dobrados, imagem facial com traços sérios, cabelos eriçados, representativos de conflitos e dificuldades de relacionamento interpessoal com o meio ambiente. No grupo sem sintomatologia, igualmente o elemento tristeza emergiu como elemento significativo através da expressão gráfica de lágrimas, indicando, quando associado aos relatos verbais, sentimentos de rivalidade (nascimento de irmãos), ciúmes, agressividade e conflitos na estrutura familiar motivados por brigas, proibição do brincar e dificuldades de lidar com ordens. Os elementos tristeza, medo e rejeição foram bastante enfatizados em ambos os grupos e tiveram maior destaque no grupo com sintomatologia.

Marrach e Kahhle (2003) replicaram o estudo de Fávero e Salim (1995) com o objetivo de identificar os pensamentos e sentimentos sobre saúde e doença e enfrentamento da doença de crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes, bem como compreender o significado destas experiências. Esta ampliação do estudo permitiu investigar também o adulto (mãe) numa ampliação dos conceitos estudados.

Os sujeitos foram 33 crianças hospitalizadas de 6 a 12 anos e respectivamente as 33 mães acompanhantes. Uma composição dos desenhos com sete temas diferentes foi utilizado como instrumento (uma flor com saúde, uma flor doente, um animal com saúde, um animal doente, uma pessoa com saúde, uma pessoa doente, o que se faz quando se está doente) e um inquérito aberto sobre os

desenhos. Os instrumentos foram avaliados pelo referencial de análise e interpretação de Fávero e Salim (1995) e de Lourenção Van Kolck (1984).

Constataram que os desenhos e as expressões verbais possibilitaram o conhecimento do aspecto dinâmico da saúde e da doença, ou seja, como ocorrem, qual sua origem e suas conseqüências. O critério diferenciador entre saúde e doença para as crianças pesquisadas foi a forma nas três espécies vivas e nas três faixas etárias, com mudanças de postura no corpo, mudanças na cor utilizada no desenho, traços da boca indicando tristeza ou alegria, e o tamanho da figura. Outro critério relevante foram os elementos indicativos de presença ou restrição de atividade, representando a figura doente numa cama, mostrando restrição da atividade física. Para as mães o critério diferenciador foi igualmente a forma nas três espécies vivas, em seguida o tamanho do elemento doente. A expressão facial, representando sentimento de alegria ou tristeza e, finalmente, os elementos indicativos de presença ou restrições da atividade física. Na análise das expressões verbais das crianças e das mães percebeu-se que a saúde foi associada à boa condição física, ao sentimento de felicidade, à capacidade de realizar diferentes atividades e ao desenvolvimento de hábitos saudáveis e ao cuidado de outras pessoas. A doença estava ligada à falta de cuidados e ao abandono, ao sofrimento físico, ao sentimento de tristeza e às ações prejudiciais à saúde.

Em relação ao que se faz quando se está doente, as crianças e as mães representaram nos desenhos a prática de cuidados médicos (consultórios, hospitais, médicos, remédios e a casa) mostrados através de cores vivas, expressão facial, indicando sentimento de felicidade, e elementos relativos à restrição da atividade. Nas expressões verbais referiram-se à busca de ajuda junto ao médico e à instituição hospitalar.

Verificaram que a saúde estava associada à boa forma física, representada com indicadores de padrão estético, e a doença compreendia alterações das condições físicas, principalmente na forma do corpo, seguida pelo tamanho da figura produzida. A expressão facial foi um elemento diferenciador entre saúde e doença, no qual se pode apreender a disposição de ânimo e sensações agradáveis e

desagradáveis inerentes à qualidade da experiência de hospitalização. As restrições indicavam dificuldades, limitações e impedimentos da doença, porém, através das observações e dos discursos das crianças, observou-se que a criança brinca mesmo doente, o que leva a considerar que ou a doença não a impede de brincar ou a criança não é capaz de compreender a doença como limitadora da sua atividade física.

O enfrentamento da doença e o relacionamento com o médico foram encarados positivamente, porém o conhecimento sobre a doença se mostrou insuficiente, dificultando sua compreensão e seu envolvimento com o tratamento. Saúde e doença para as crianças mais novas (6-8 anos) foram associadas às ações do cotidiano, às atividades dos adultos e às necessidades básicas, enquanto que as crianças mais velhas (9-12 anos) reconheceram sua participação tanto nos hábitos saudáveis como nos comportamentos nocivos à sua saúde.

Souza, Camargo e Bulgacov (2003) empreenderam um estudo de caso com uma criança pré-escolar hospitalizada, no qual foram analisados desenhos acompanhados da linguagem verbal (diálogos) na interação com o psicoterapeuta. A criança do sexo feminino, tinha 4 anos e 7 meses, estava internada em um hospital geral de Curitiba, com diagnóstico de pneumonia necrotizante. Foram feitos atendimento e acompanhamento psicológico durante seu período de hospitalização. Para este estudo, foi utilizada a observação da produção de três desenhos e da interação entre a criança e a psicóloga.

As autoras empregaram uma perspectiva histórico-cultural e associaram as representações dos desenhos da criança ao significado que ela ia lhes dando, permitindo observar a importância da linguagem verbal no desenvolvimento da atividade expressiva, mostrando o sujeito como produtor e produto de suas experiências. Por meio dos desenhos, a criança pôde reevocar suas emoções, resignificando suas experiências, materializando e imprimindo estes significados por meio da linguagem. Para as autoras, compreender o jeito como a criança lê e expressa suas imagens é o caminho para acessar sua subjetividade e somente com

a interação, pode-se conhecer o caminho que ela percorre na interiorização e assimilação da realidade social em que está inserida.

Afirmam que, quando é dada oportunidade, as crianças expressam seus conteúdos emocionais, sendo esta expressão fundamental para conhecer, nomear, organizar e regular suas emoções. As atividades expressivas são mediações que possibilitam à criança a objetivação e a materialização das imagens que ela criou sobre suas emoções.

Ballas (2005) investigou o Desenho da Figura Humana em adolescentes portadores de Diabetes Mellitus em comparação com adolescentes saudáveis. A amostra foi composta de 62 sujeitos com idades entre 14 e 20 anos, divididos em grupo experimental e controle, pareados por sexo, idade e nível socioeconômico. Utilizou como instrumentos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o Desenho da Figura Humana com inquérito e o Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes. A análise dos desenhos foi realizada considerando os aspectos formais e de conteúdo, conforme sistematização da técnica estabelecida por Lourenção Van Kolck (1984) a partir das interpretações de Machover (1949).

Verificou que os desenhos dos adolescentes portadores de diabetes não foram significativamente diferentes dos desenhos dos adolescentes saudáveis, tanto na produção do Desenho da Figura Humana, quanto no Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes, não sendo possível concluir que um grupo difere do outro. Considerando as características particulares em cada grupo e os resultados das expressões gráficas, pode-se destacar alguns resultados que merecem atenção. A presença do item “acessórios” nos desenhos do grupo de adolescentes diabéticos foi mais frequentemente usado no Desenho da Pessoa Portadora de Diabetes do que no Desenho da Figura Humana, o que pode indicar que estes “*precisam de um objeto externo para mostrar quem são, porque, no corpo, não há representação possível*” (p.111), inferindo que este grupo demonstra a existência da doença, não através da subjetividade, mas no exterior.

Outro resultado importante refere-se à seqüência utilizada na construção da figura, feita de modo confuso ou invertido, o que pode indicar uma dificuldade de “se fazer presente”, podendo revelar a ação do mecanismo de defesa de negação “atrapalhando” a construção da imagem. Os adolescentes saudáveis apresentaram sinais associados a conflitos com o amadurecimento de modo geral e com a sexualidade, presente nos sinais individuais e não comuns. Os adolescentes portadores de diabetes demonstraram seus conflitos pela presença da doença, desenhando em suas produções pernas frágeis e braços pouco potentes nos Desenhos da Pessoa Portadora de Diabetes. Já nos Desenhos da Figura Humana tenderam à perfeição, com extremo cuidado, simetria exagerada, localização central, uso de cabelos ordenados e quantidade adequada, traje comum e completo, pernas e braços em largura e comprimento médio, dando impressão de uma figura bem estabelecida.

A autora aponta ainda a concordância com estudos anteriores (Lourenção Van Kolck, 1966, 1984) no que se refere aos sinais comuns e aos sinais individuais no Desenho da Figura Humana, realizados por uma amostra de adolescentes brasileiros, estabelecendo parâmetros para avaliação dos desenhos desta população.

Investigando a temática da enfermidade com a criança hospitalizada Oliveira (1993) procurou apreender a dimensão vivencial da enfermidade na infância e conhecer a representação da doença, do tratamento, da hospitalização e da equipe de saúde. Sua amostra foi composta por 15 crianças entre 5 e 11 anos de idade, hospitalizadas em três hospitais pediátricos da cidade do Rio de Janeiro. Utilizou entrevistas semi-estruturadas dirigidas por um roteiro específico, investigando o cotidiano antes da internação, a visão global do hospital e a compreensão do “estar doente”. Usou ainda desenhos livres numa primeira etapa e, numa segunda etapa, o desenho dirigido, no qual a criança desenhava o hospital, a sua doença e o médico, sendo estimulada a falar sobre eles. Foram ainda registradas as observações e posteriormente feita a análise de conteúdo do material coletado.

Verificou que através dos brinquedos as crianças falavam de suas enfermidades e nos desenhos representavam com riqueza suas experiências dentro do hospital. Alguns desenhos apresentavam detalhes com camas e seringas, balanças, divisórias e pias, já em outros desenhos, longos espaços vazios, sem médicos, sem enfermeiras e sem mães, o que segundo a autora foi interpretado como o anonimato vivido dentro do espaço intra-hospitalar. Concluiu que a metodologia qualitativa revela-se como instrumento inigualável para conhecer e aprofundar os processos sociais e a subjetividade da criança em suas representações da doença e da hospitalização, afirmando que a criança ao falar de sua doença, fornece informações sobre a prática médica, a organização da família moderna e de si próprias, enquanto sujeitos do brincar.

Destaca-se ainda uma pesquisa utilizando a temática específica do Desenho da Pessoa Doente, feita por Bellodi, Romão Jr. e Jacquemin (1997), na qual foram estudados 10 pacientes do grupo pediátrico de uma unidade de diálise através de Desenhos Temáticos e Teste de Rorschach, enfatizando aspectos da imagem corporal e da relação de dependência ao tratamento. O grupo foi subdividido em cinco sujeitos em Hemodiálise e cinco sujeitos em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua. Em ambos os grupos a questão do retardo do crescimento estatural era a preocupação mais constante como resultado da doença e do tratamento.

Em relação aos Desenhos Temáticos, o procedimento consistiu em pedir inicialmente o Desenho de uma Pessoa e, depois, uma Pessoa Doente. Em seguida foi solicitada uma história sobre a figura representada. Os desenhos foram analisados através das características formais (tamanho, traçado, proporção, distribuição do espaço no papel) e de conteúdo, segundo os critérios de Lourenção Van Kolck. Foram feitas as comparações entre as produções dos grupos, identificando-se e caracterizando as mudanças que ocorreram na imagem corporal e na relação com o mundo, quando a doença é colocada como tema.

Observaram nos resultados que as mudanças na imagem corporal aparecem de forma clara nos Desenhos da Pessoa Doente, sendo que em ambos os grupos houve um rebaixamento da qualidade formal, as figuras passaram a ser menos

elaboradas e colocadas freqüentemente numa postura passiva e sem energia. Em muitos desenhos foram enfatizados os equipamentos hospitalares, desenhados com vários detalhes, enquanto que a própria pessoa ficava em segundo plano. Nas estórias houve relatos de necessidade de autonomia e proteção, medo do abandono e uma forte sensação de impotência e desesperança frente ao futuro.

Os autores mencionam a necessidade de trabalhos psicológicos com estes pacientes, buscando recuperar em cada grupo o contato humano do qual eles se afastaram por conta da doença e do tratamento, ou seja, a relação com o outro e a expressão dos afetos.

Percebe-se desta forma, a importância do uso do Desenho da Figura Humana e suas variações como técnica de avaliação psicológica, buscando maior compreensão diagnóstica, agregando este conhecimento para facilitar uma possível intervenção e melhor recuperação dos sujeitos que apresentam uma doença e particularmente aqueles que estejam vivenciando uma experiência de hospitalização.

2. OBJETIVOS

Esta pesquisa buscou avaliar os aspectos cognitivos e emocionais por meio do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa Doente, segundo os Indicadores Emocionais e Maturacionais de Koppitz (1973), para identificar diferenças entre os desenhos de crianças hospitalizadas e de escolares sem histórico de hospitalização.

Pretendeu-se ainda, efetuar um levantamento dos elementos complementares presentes no Desenho da Pessoa Doente na expressão da doença e da hospitalização.

Os objetivos desta pesquisa foram verificar:

- 1) Se existem diferenças no número de Indicadores Emocionais entre o grupo de crianças hospitalizadas e escolares no Desenho da Figura Humana e no Desenho da Pessoa Doente.
- 2) Se existem diferenças no número de Indicadores Maturacionais entre o grupo de crianças hospitalizadas e escolares no Desenho da Figura Humana e no Desenho da Pessoa Doente.
- 3) Se existem diferenças entre os dois grupos na frequência de cada Indicador Maturacional e Emocional no DFH e no DPD.
- 4) Se existem diferenças na frequência dos Indicadores Maturacionais e Emocionais entre o DFH e DPD para cada grupo e na amostra total.
- 5) Se existem diferenças na frequência dos elementos complementares relacionados à situação de hospitalização no DPD entre as crianças hospitalizadas e escolares.

3. MÉTODO

A pesquisa foi realizada em duas etapas: Estudo Piloto e Pesquisa Principal.

O Estudo Piloto pretendia verificar como as crianças hospitalizadas e escolares desenham e expressam por meio do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa Doente as percepções sobre a temática do estar doente e como representam graficamente a doença ou a situação de hospitalização.

A Pesquisa Principal pretendia avaliar os aspectos cognitivos e emocionais das crianças hospitalizadas, por meio do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa Doente, segundo os indicadores de Koppitz (1973) (Anexo A), e realizar o levantamento dos elementos complementares presentes no Desenho da Pessoa Doente na expressão gráfica da doença e da hospitalização, comparando estes resultados com a produção de crianças escolares sem histórico de internação.

3.1. ESTUDO PILOTO

3.1.1. Amostra

A amostra do estudo piloto foi composta por 30 crianças de 7 a 11 anos, de 1ª à 5ª séries do Ensino Fundamental, subdivididas em dois grupos: 15 crianças internadas em um hospital público estadual da cidade de São Paulo e 15 crianças de uma escola pública estadual da cidade de São Paulo. Cada grupo foi formado por 6 meninas e 9 meninos. As crianças foram pareadas em relação ao sexo, à idade e à escolaridade.

3.1.2. Instrumentos

Para a realização do estudo piloto foram utilizados os instrumentos:

- Desenho da Figura Humana,
- Desenho da Pessoa Doente,
- Inquérito complementar para ambos os desenhos.

Para os desenhos, foram utilizados os seguintes materiais gráficos:

- Folhas de papel sulfite branco, tamanho A4, sem pauta;
- Lápis preto nº 2 e borracha.

3.1.3. Procedimento

Inicialmente, foi realizado o contato com o hospital e com a instituição de ensino e solicitado o consentimento para a realização da pesquisa. Mediante a autorização das instituições a pesquisa foi apresentada aos pais ou responsáveis

pela criança e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Nas aplicações com as crianças hospitalizadas foi antecipadamente consultado o enfermeiro ou médico sobre as condições e limitações das crianças, bem como foi dada prioridade para os procedimentos clínicos. As crianças hospitalizadas estavam acompanhadas por um familiar ou responsável, os quais não interferiram na aplicação. Cada criança foi consultada sobre seu desejo ou não em participar da pesquisa e de realizar a tarefa e todas responderam afirmativamente. Com as crianças escolares as aplicações foram individuais e realizadas na própria escola.

Depois da obtenção das autorizações foi feita a aplicação do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa Doente, um em cada folha. Os sujeitos receberam as seguintes instruções:

1. “Desenhe nesta folha uma pessoa”.
2. “Agora, desenhe nesta folha uma pessoa doente”.

Depois da confecção dos dois desenhos em folha separada, foi realizado o seguinte inquérito:

- Para o Desenho de uma Pessoa:
 1. Onde está a pessoa?
 2. O que está acontecendo?
 3. O que vai acontecer depois?

- Para o Desenho da Pessoa Doente:
 1. Onde está a pessoa?
 2. O que está acontecendo?
 3. O que vai acontecer depois?
 4. Qual é a parte doente? / Qual a doença?

3.1.4. Avaliação dos Desenhos

Foram criados itens de caracterização para avaliação da temática da pessoa doente, baseados numa adaptação da análise do Desenho do Par Educativo (Olivero e Palacios, 1985), considerando:

1. Se a criança consegue representar uma Pessoa Doente.
2. Se é representado o ambiente hospitalar ou objetos deste ambiente (cama hospitalar, mesas de procedimentos, cadeira de roda, maca, suporte para soro e outros).
3. Se há representação da doença ou do sintoma.
 - Doença (inclusive sintoma) comum na infância (catapora, sarampo, febre, resfriado, gripe, e outros).
 - Doença (inclusive sintomas) que têm correspondência com o motivo da hospitalização.
 - Outras doenças (inclusive sintomas) representadas. Quais?
4. Se são incluídos objetos de procedimentos hospitalares (seringa, algodão, esparadrapo, soro, termômetro, estetoscópio e outros).
5. Se há inclusão de outros objetos (brinquedos, materiais escolares, itens do ambiente familiar, animais e outros).
6. Se há inclusão de personagens do ambiente hospitalar (médico e enfermeira).
7. Se há inclusão de personagens do grupo familiar (pai, mãe, irmãos ou parentes).
8. Expressão gráfica de sentimentos ou associações verbais indicando:
 - Felicidade (boca com arco para cima, expressão de sorriso).
 - Tristeza (boca com arco para baixo)
 - Raiva (dentes à mostra)
 - Choro ou dor (presença de lágrimas).

Os dados coletados a partir dos instrumentos utilizados foram tabulados apresentando-se as frequências respectivas de cada item e foi aplicada a prova de Fischer (Siegel, 1975) em algumas comparações entre os grupos.

3.2. ESTUDO PRINCIPAL

3.2.1. Amostra

A amostra foi composta por um total de 120 crianças de 7 a 11 anos de idade, subdivididas em dois grupos: 60 crianças internadas em um hospital público estadual da cidade de São Paulo e 60 crianças de duas escolas públicas estaduais da cidade de São Paulo. As crianças foram pareadas por sexo, idade e escolaridade. A composição em cada grupo foi de 12 crianças por faixa etária, com a série de ensino correspondente à idade, entre a 1ª e 5ª séries do Ensino Fundamental, sendo metade de cada sexo.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequência absoluta e percentual quanto ao motivo de internação das crianças hospitalizadas segundo o prontuário médico.

Tabela 1. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) para o motivo da internação das crianças hospitalizadas

Motivo da internação	F	%
Doença relacionada as partes do corpo que compreendem a cabeça: rosto, olhos, nariz, boca, meningite, encefalite	12	20,0
Doenças de órgãos internos (estomago, intestino, rim, fígado, pâncreas)	18	30,0
Doenças respiratórias (pneumonia, bronquite, bronquiolite, asma)	21	35,0
Doença cardíaca e circulatória	2	3,3
Diabetes	4	6,7
Fraturas (braços, pernas, mãos, dedos)	8	13,3
Infecções, febre, desidratação, agentes bacterianos, síndromes	2	3,3
Outras doenças	2	3,3

*Porcentagens calculadas em relação ao total de sujeitos da amostra (N=60)

Observa-se que os motivos de internação indicados nos prontuários das crianças com maior frequência foram: doenças respiratórias (35,0%) e em órgãos internos (30,0%).

3.2.3. Instrumentos

Para o estudo principal foram utilizados os mesmos instrumentos já mencionados no Estudo Piloto.

3.2.3. Procedimento

Foi solicitada antecipadamente a autorização do hospital e o projeto foi encaminhado à Comissão de Ética para liberação da pesquisa. Após a aprovação, foram agendados com a instituição os horários e dias para a aplicação. Depois da autorização do hospital e de posse do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), assinado pelos pais ou responsáveis pelas crianças, foi iniciada a pesquisa.

Com as crianças hospitalizadas antes da aplicação do instrumento foi consultado o enfermeiro ou médico responsável a respeito das condições gerais da criança. Todas as crianças internadas estavam com acompanhante, sendo que na maioria, 80% dos casos, era a mãe que acompanhava a criança. Cada acompanhante foi esclarecido sobre a pesquisa fazendo-se a apresentação, explicando-se os objetivos, procedimentos, caráter voluntário de participação, etc. Após a aprovação dos pais a criança também foi consultada sobre seu desejo de participação ou não. Com a devida anuência, os pais assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A maioria das crianças estava internada em enfermarias com dois ou quatro leitos e somente nove crianças estavam em quarto de isolamento onde ficavam somente com o responsável. A cada criança foi entregue o material juntamente com uma prancheta para que a mesma pudesse executar a tarefa. Algumas crianças hospitalizadas realizaram a tarefa deitadas na cama, pois estavam impossibilitadas de se levantar e de andar, apoiando a prancheta sobre o corpo, outras não tinham esse impedimento e apoiaram a prancheta na mesa, na poltrona ou na própria cama. As informações sobre os dados

de identificação das crianças, bem como, do motivo da internação, foram obtidos com os responsáveis e complementadas com o prontuário clínico.

Com as crianças escolares foi antecipadamente solicitada a autorização de duas escolas públicas da mesma região onde se localiza o hospital, após essa autorização os pais das crianças foram consultados e esclarecidos sobre a pesquisa, autorizando e assinando o termo de consentimento. As crianças foram consultadas e responderam que aceitavam participar da pesquisa e foram avaliadas individualmente em uma sala anexa à sala de aula, utilizando a carteira escolar para execução da tarefa. Todas as aplicações foram conduzidas pelo próprio pesquisador. Foi avaliado um maior número de crianças nas escolas, pois para atender o critério de seleção, não foram incluídas crianças que já possuíam histórico de hospitalização, sendo descartados posteriormente os materiais dos sujeitos que relataram este fato.

As crianças realizaram o Desenho da Figura Humana e o Desenho da Pessoa Doente, com as seguintes instruções:

1. “Desenhe nesta folha uma pessoa”.
2. “Agora, desenhe nesta folha uma pessoa doente”.

Depois da realização dos dois desenhos em folha separada, foi realizado o seguinte inquérito:

- Para o Desenho de uma Pessoa:
 1. Qual a idade?
 2. Quem é?
 3. Onde está a pessoa?
 4. O que está acontecendo?
 5. O que vai acontecer depois?

- Para o Desenho da Pessoa Doente:
 1. Qual a idade?

2. Quem é?
3. Onde está a pessoa?
4. O que está acontecendo?
5. O que vai acontecer depois?
6. Qual é a parte doente? / Qual a doença?

Após o término das tarefas, o aplicador se colocava à disposição para tirar dúvidas e conversar sobre o que o sujeito desejasse.

3.2.4. Análise dos Dados

A avaliação dos desenhos foi realizada pelo próprio pesquisador, utilizando os critérios de avaliação de Koppitz (1973), com base nos 30 itens Evolutivos e 30 Indicadores Emocionais (IE) que estão relacionados no Anexo A.

A análise do Desenho da Pessoa Doente e o inquérito tiveram como objetivo relacionar os elementos complementares presentes na expressão gráfica da doença e da hospitalização. Desta forma os critérios estabelecidos nesta pesquisa tiveram como base os resultados do estudo piloto e a pesquisa de Fávero e Salim (1995) na qual foram identificados elementos diferenciados expressos nos desenhos para os conceitos de saúde, doença e morte.

Os critérios definidos foram:

- Postura da figura desenhada.
- Representação da doença no desenho (partes do corpo marcadas, sombreamento ou ênfase na deformação).
- Representação do ambiente hospitalar (prédio, cama, maca, mesas de procedimentos, etc.)
- Inclusão de objetos de procedimentos hospitalares (seringa, soro, esparadrapo, termômetro, estetoscópio, etc.).
- Inclusão de outros objetos (poltrona, tv, animal, brinquedos)

- Inclusão de personagens do ambiente hospitalar (médico, enfermeira).
- Inclusão de personagens do grupo familiar (pais, parentes).
- Restrição de atividade (preso à cama, preso a aparelhos, preso ao soro).
- Figura desenhada debilitada, magra, falta de partes do corpo, forma física alterada.
- Figura da Pessoa Doente diminuída ou em segundo plano em relação aos demais elementos do desenho (maior preocupação nos detalhes do ambiente do que na figura da pessoa).
- Expressão de felicidade (sorriso, boca arqueada para cima).
- Expressão de tristeza (boca arqueada para baixo).
- Expressão de choro, dor (presença de lágrimas).
- Expressão de raiva (dentes à mostra).
- Expressão de susto, temor (olhos arregalados, sobrancelhas arqueadas, tremor).

Os dados provenientes dos instrumentos e inquéritos foram tabulados e tratados em termos de frequência absoluta e percentual, aplicando-se provas estatísticas não paramétricas do qui-quadrado, Fischer, McNemar e testes t de Student (Siegel, 1975). O teste do qui-quadrado é usado para comparar as frequências de dois grupos e o de McNemar para comparar dois resultados de uma mesma amostra. O nível de significância utilizado foi de 0,05 que segundo Witter (1996) é o mais indicado para estudos desta natureza.

No anexo “C” são apresentados alguns exemplos e avaliações de desenhos realizados pelas crianças hospitalizadas e escolares.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados do Estudo Piloto

Inicialmente foram avaliadas as respostas ao inquérito dos dois desenhos. A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequência absoluta e percentual do local onde a pessoa está em ambos os desenhos.

Tabela 2. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) do local onde a pessoa está em ambos os desenhos

Local	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Na residência	5	33,3	12	80,0	0	0,0	1	6,7
No hospital, no médico	0	0,00	2	13,3	1	6,7	11	73,3
Outros locais	10	66,7	0	0,0	11	73,3	2	13,3
Não respondeu	0	0,00	1	6,7	3	20,0	1	6,7
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

Os dados da Tabela 2 mostram que a maioria dos sujeitos tanto do grupo escolar quanto do hospitalizado no DFH com frequências de 66,7% e 73,3% respectivamente, informaram no inquérito que a pessoa está em outros locais como: na rua, no shopping, na escola, no parque, etc. (lugares comuns na experiência da criança). Para os Desenhos da Pessoa Doente o grupo hospitalizado, com maior frequência (73,3%) relatou que ela está no hospital, e para o grupo escolar, que está na residência (80%).

A Tabela 3 apresenta a distribuição de frequência absoluta e percentual sobre o que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos e os dois desenhos.

Tabela 3. Distribuição de freqüências absoluta (F) e percentual (%) sobre o que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos e os dois desenhos

Está acontecendo	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Brincando, feliz, passeando, trabalhando, estudando	15	100	0	0,0	13	86,7	0	0,0
Machucado, com dor, doente, passando mal, febre, tosse, vomitando, resfriado, dor garganta, internado, fazendo exame	0	0,0	15	100	2	13,3	15	100
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

Os dados da Tabela 3 mostram que a maioria dos sujeitos no grupo escolar e hospitalizado no DFH, com freqüências 100% e 86,7% respectivamente, informa no inquérito que as pessoas estão brincando, felizes, passeando. Nos Desenhos da Pessoa Doente tanto o grupo hospitalizado, como o escolar, com freqüências 100%, relataram que as pessoas estão machucadas, com dor e doentes.

A Tabela 4 apresenta a distribuição de freqüência absoluta e percentual sobre o que vai acontecer em ambos os desenhos para os dois grupos.

Tabela 4. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) sobre o que vai acontecer em ambos os desenhos para os dois grupos

Vai acontecer	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Vai pra casa, dormir, tomar banho, jantar, comer	12	80,0	10	66,7	10	66,7	4	26,7
Passear, pra festa, sair, comprar coisas, cinema, visitar parentes, brincar, jogar, se divertir, pra escola	8	53,5	0	0	6	40,0	0	0
Tomar remédio, tomar injeção, fazer exame	0	0	9	60,0	2	13,3	9	60,0
Ficar internado, fazer cirurgia	0	0	0	0	0	0	2	13,3
Chorar, morrer, piorar	0	0	2	13,3	0	0	4	26,7
Vai sarar, curar, ficar bom	0	0	4	26,7	0	0	4	26,7

*Porcentagens calculadas em relação ao número de sujeitos de cada amostra (N=15)

Os dados da Tabela 4 mostram que no DFH 80% do grupo escolar e 66,7% no grupo hospitalizados relataram atividades como ir pra casa, dormir, tomar banho, jantar, etc. Para o DPD, ambos os grupos com freqüência de 60% indicaram que vão tomar remédio, tomar injeção e fazer exame.

A Tabela 5 apresenta a distribuição de freqüência absoluta e percentual quanto à doença ou parte doente no DPD em ambos os grupos.

Tabela 5. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) quanto à doença ou parte doente no DPD em ambos os grupos

Doença	Escolares		Hospitalizadas	
	F	%	F	%
Passando mal, desmaiou, vomitando, cólica	3	20,0	1	6,7
Resfriado, tosse, dor de dente, catapora, sarampo, dor garganta, febre	7	46,7	0	0,0
Cabeça, pescoço, rosto, olho, boca	3	20,0	2	13,3
Perna, pé, joelho, mão, dedos	2	13,3	6	40,0
Rim, bronquite, aids	0	0,0	4	26,7
Sem resposta	0	0,0	2	13,3
Total	15	100	15	100

Os dados da Tabela 5 mostram que 46,7% dos escolares relataram doenças como, resfriado, tosse, dor de dente, catapora, sarampo, dor de garganta e febre; com freqüências de 20,0% passando mal, desmaiou, vomitando e também com freqüência de 20% doenças na cabeça, pescoço, rosto, olho e boca. Já no grupo hospitalizado 40% das crianças relataram como parte doente perna, pé, joelho, mão e dedo; 26,7% rim, bronquite e aids e 13,3 % doenças na cabeça, pescoço, rosto, olho e boca.

A seguir serão apresentados os dados relativos aos itens complementares dos desenhos. A Tabela 6 apresenta a comparação entre o grupo hospitalizado e o escolar em relação aos itens complementares no DFH e o resultado do teste exato de Fischer entre os grupos.

Tabela 6. Comparação entre o grupo hospitalizado e o escolar em relação aos itens complementares no DFH

Itens	Escolares	Hospitalizadas	Fischer
	N=15	N=15	
	%	%	Sign.
Representação da doença	0,0	0,0	N.S.
Ambiente hospitalar	0,0	0,0	N.S.
Objetos de procedimento hospitalar	0,0	6,7	N.S.
Outros objetos	20,0	26,7	N.S.
Personagens do ambiente hospitalar	0,0	6,7	N.S.
Personagens do grupo familiar	0,0	0,0	N.S.
Felicidade	60,0	73,3	N.S.
Tristeza / raiva	0,0	0,0	N.S.
Choro / dor	0,0	0,0	N.S.

N.S. = Não significativa

Os dados da Tabela 6 mostram que os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes nos resultados em relação aos itens complementares analisados no DFH. Os itens mais freqüentes foram felicidade com 60,0% nos escolares e 73,3% nos hospitalizados e o item outros objetos (brinquedos, tv, animais, etc.) com 20,0 % nos escolares e 26,7% nos hospitalizados.

A Tabela 7 apresenta a comparação entre o grupo hospitalizado e o escolar em relação aos itens complementares no DPD.

Tabela 7. Comparação entre o grupo hospitalizado e o escolar em relação aos itens complementares no DPD

Itens	Escolares	Hospitalizadas	Fischer
	N=15	N=15	
	%	%	Sign.
Representação da doença	100,0	100,0	N.S.
Ambiente hospitalar	13,3	60,0	0,01
Objetos de procedimento hospitalar	13,3	40,0	N.S.
Outros objetos	53,3	0,0	0,01
Personagens do ambiente hospitalar	0,0	20,0	N.S.
Personagens do grupo familiar	0,0	6,7	N.S.
Felicidade	53,3	13,3	0,05
Tristeza / raiva	13,3	60,0	0,01
Choro / dor	6,7	26,7	N.S.

N.S. = Não Significante

Os dados da Tabela 7 mostram que os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significantes em alguns resultados em relação aos itens complementares do DPD. Todas as crianças representaram a doença nos dois grupos. No grupo de crianças hospitalizadas a maioria (60,0%) representou o ambiente hospitalar e tristeza ou raiva (60,0%). No grupo de escolares, a maioria (53,3%) desenhou outros objetos como brinquedos, tv, animais, etc. e felicidade (53,3%).

A Figura 1 mostra o tipo de doença representada no Desenho da Pessoa Doente em ambos os grupos.

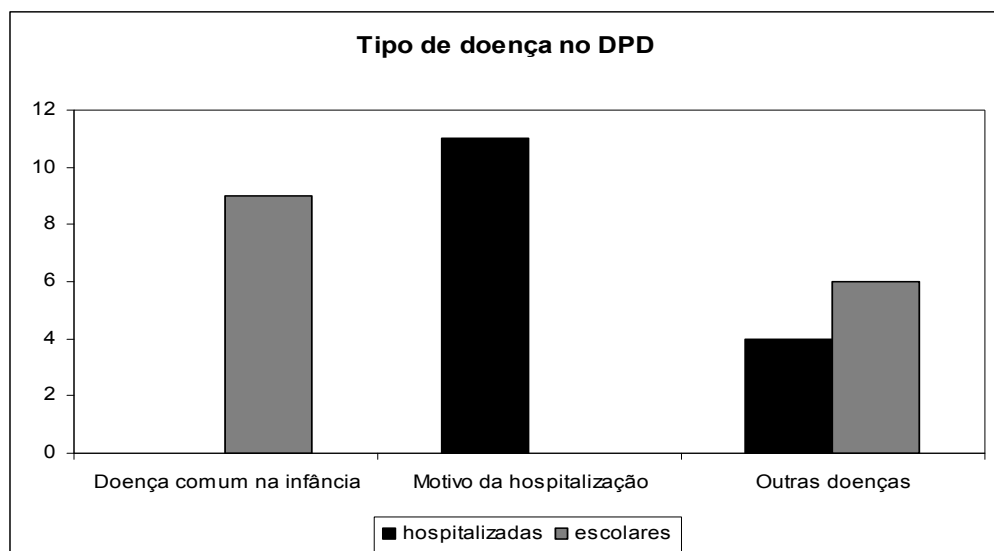


Figura 1. Tipo de doença no Desenho da Pessoa Doente

Os dados mostram que no grupo de crianças hospitalizadas onze crianças desenharam as doenças que foram motivo da internação e quatro, outras doenças. No grupo escolar, nove crianças representaram doenças comuns na infância e seis, outras doença tais como: desmaio, quebra de algum membro, cortes na cabeça, boca, olhos.

As análises das produções gráficas e do inquérito permitiram concluir que as crianças conseguem desenhar e comunicar a temática da Pessoa Doente, conforme a instrução propõe. Nos desenhos expressaram com mais freqüência seus

sentimentos, identificando no desenho a parte doente ou a doença, ou omitindo partes na figura, como sinal da parte que não estava bem.

No inquérito as crianças de ambos os grupos, em sua maioria, no DFH, relataram que tanto o local, quanto o que está acontecendo com a pessoa desenhada, refletiam um contexto agradável, pertencente ao universo infantil (respostas como: está na rua, no parque, brincando, feliz).

Já no Desenho da Pessoa Doente, os grupos se diferenciaram em seus desenhos, sendo que as crianças hospitalizadas representaram graficamente doenças ou sintomas, que eram motivo da hospitalização, e a pessoa doente desenhada no contexto hospitalar. O grupo escolar desenhou doenças ou sintomas comuns na infância, em um contexto familiar e o local indicado, em sua maioria, retratava sua própria residência.

Na comparação dos grupos pôde-se observar que não houve diferença estatisticamente significativa no DFH em todos os itens, porém cabe ressaltar que o item expressão de felicidade, teve frequência relevante de 73,3% no grupo de crianças hospitalizadas e 60,0% no escolar.

No Desenho da Pessoa Doente, alguns itens avaliados apresentaram diferenças estatisticamente significantes, sendo que no grupo de crianças hospitalizadas, na maioria, houve representação do ambiente hospitalar, presença de tristeza/raiva e menor frequência de expressão de felicidade. No escolar houve, na maioria, inclusão de outros objetos (brinquedos, tv, animais, etc.), expressão de felicidade e menor frequência de tristeza/raiva.

4.2. Resultados da Pesquisa Principal

4.2.1. Resultados relativos aos Indicadores Emocionais e Indicadores Maturacionais

Para determinar a existência de diferenças entre as crianças hospitalizadas e as escolares na frequência de cada Indicador Emocional no DFH foram calculados os χ^2 , ou os testes exatos de Fischer, quando mais indicado. Esses resultados são apresentados na Tabela 8.

Pelos resultados pode-se observar que na comparação dos Desenhos da Figura Humana entre as crianças escolares e hospitalizadas, somente dois Indicadores apresentaram diferenças significantes, 7. *figura pequena* e 18. *pernas fechadas ou apertadas*, ambos com maior incidência no grupo de crianças hospitalizadas. Os indicadores 10. *cabeça pequena*, 19. *genitais*, 21. *três ou mais figuras*, 23. *omissão dos olhos*, 25. *omissão da boca* e 26. *omissão do tronco* não foram representados nos dois grupos.

Tabela 8. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional do DFH e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas

Item	Escolares		Hospitalizadas		χ^2	Sig.	Fischer
	F	%	F	%			
1. Integração pobre	6	10,0	11	18,3	1,713	0,191	-
2. Sombreamento rosto	1	1,7	4	6,7	-	-	0,364
3. Sombreamento corpo/membros	0	-	4	6,7	-	-	0,119
4. Sombreamento mãos/pescoço	0	-	3	5,0	-	-	0,244
5. Assimetria grosseira	5	8,3	5	8,3	0,000	1,000	-
6. Figura inclinada	8	13,3	10	16,7	0,261	0,609	-
7. Figura pequena	1	1,7	15	25,0	14,135	0,000*	-
8. Figura grande	1	1,7	1	1,7	-	-	1,000
9. Transparências	0	-	1	1,7	-	-	1,000
10. Cabeça pequena	0	-	0	-	-	-	-
11. Olhos estrábicos	4	6,7	2	3,3	-	-	0,679
12. Dentes	2	3,3	2	3,3	-	-	1,000
13. Braços curtos	9	15,0	7	11,7	0,288	0,591	-
14. Braços compridos	2	3,3	2	3,3	-	-	1,000
15. Braços colados	2	3,3	2	3,3	-	-	1,000
16. Mãos grandes	1	1,7	3	5,0	-	-	0,619
17. Mãos cortadas	2	3,3	3	5,0	-	-	1,000
18. Pernas fechadas	3	5,0	11	18,3	5,175	0,023**	-
19. Genitais	0	-	0	-	-	-	-
20. Figura monstruosa	0	-	3	5,0	-	-	0,244
21. 3 ou + figuras	0	-	0	-	-	-	-
22. Nuvens/chuva/neve	6	10,0	12	20,0	2,353	0,125	-
23. Omissão olhos	0	-	0	-	-	-	-
24. Omissão nariz	4	6,7	3	5,0	-	-	1,000
25. Omissão boca	0	-	0	-	-	-	-
26. Omissão tronco	0	-	0	-	-	-	-
27. Omissão braços	1	1,7	0	-	-	-	1,000
28. Omissão pernas	3	5,0	0	-	-	-	0,244
29. Omissão pés	4	6,7	3	5,0	-	-	1,000
30. Omissão pescoço	5	8,3	11	18,3	2,596	0,107	-

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

A Tabela 9 mostra as frequências e testes de significância para cada Indicador Maturacional do DFH entre os dois grupos.

Tabela 9. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional do DFH e teste de χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas

Item	Escolares		Hospitalizadas		χ^2	Sig.	Fischer
	F	%	F	%			
1. Cabeça	60	100	60	100	-	-	-
2. Olhos	60	100	60	100	-	-	-
3. Pupilas	46	76,7	41	68,3	1,045	0,307	-
4. Sobrancelha / pestana	38	63,3	29	48,3	2,737	0,098	-
5. Nariz	55	91,7	57	95,0	-	-	0,717
6. Narinas	8	13,3	5	8,3	0,076	0,378	-
7. Boca	60	100	60	100	-	-	-
8. Dois lábios	19	31,7	15	25,0	0,657	0,418	-
9. Orelha	19	31,7	11	18,3	2,844	0,092	-
10. Cabelo	60	100	60	100	-	-	-
11. Pescoço	56	93,3	47	78,3	5,551	0,018**	-
12. Tronco	60	100	60	100	-	-	-
13. Braços	60	100	60	100	-	-	-
14. Braços 2 dimensões	60	100	60	100	-	-	-
15. Braços para baixo	49	81,7	45	75,0	0,786	0,375	-
16. Braços unidos ao ombro	3	5,0	4	6,7	-	-	1,000
17. Cotovelos	10	16,7	6	10,0	1,154	0,283	-
18. Mãos	50	83,3	54	90,0	1,154	0,283	-
19. Dedos	50	83,3	51	85,0	0,063	0,803	-
20. Número correto dedos	23	38,3	20	33,3	0,326	0,568	-
21. Pernas	57	95,0	60	100	-	-	0,244
22. Pernas 2 dimensões	57	95,0	58	96,7	-	-	1,000
23. Joelho	0	-	2	3,3	-	-	0,496
24. Pés	56	93,3	57	95,0	-	-	1,000
25. Pés 2 dimensões	50	83,3	55	91,7	1,905	0,168	-
26. Perfil	2	3,3	2	3,3	-	-	1,000
27. Roupa 0 ou 1	60	100	60	100	-	-	-
28. Roupa 2 ou 3	54	90,0	46	76,7	3,840	0,050	-
29. Roupa 4 ou +	11	18,3	4	6,7	3,733	0,053	-
30. Boas proporções	35	58,3	26	43,3	2,701	0,100	-

** significante a 0,05

Observa-se que o único item com diferença significativa foi o indicador 11. *pescoço*, mais freqüente no grupo de escolares. Os indicadores 1. *cabeça*, 2. *olhos*, 7. *boca*, 10. *cabelo*, 12. *tronco*, 13. *braços*, 14. *braços em duas dimensões* e 27. *roupa 0 ou 1* tiveram 100% de freqüência nos dois grupos.

A Tabela 10 apresenta as freqüências e testes de significância para cada Indicador Emocional do DPD entre os dois grupos.

Tabela 10. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional do DPD e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas

Item	Escolares		Hospitalizadas		χ^2	Sig.	Fischer
	F	%	F	%			
1. Integração pobre	7	11,7	22	36,7	10,231	0,001*	-
2. Sombreamento rosto	14	23,3	27	45,0	6,261	0,012*	-
3. Sombreamento corpo/membros	9	15,0	19	31,7	4,658	0,031**	-
4. Sombreamento mãos/pescoço	4	6,7	14	23,3	6,536	0,011**	-
5. Assimetria grosseira	6	10,0	2	3,3	-	-	0,272
6. Figura inclinada	10	16,7	11	18,3	0,058	0,810	-
7. Figura pequena	5	8,3	31	51,7	26,825	0,000*	-
8. Figura grande	2	3,3	0	-	-	-	0,496
9. Transparências	1	1,7	2	3,3	-	-	1,000
10. Cabeça pequena	0	-	2	3,3	-	-	0,496
11. Olhos estrábicos	2	3,3	0	-	-	-	0,496
12. Dentes	1	1,7	1	1,7	-	-	1,000
13. Braços curtos	8	13,3	13	21,7	1,443	0,230	-
14. Braços compridos	8	13,3	4	6,7	-	-	0,679
15. Braços colados	4	6,7	4	6,7	-	-	1,000
16. Mãos grandes	0	-	4	6,7	-	-	0,119
17. Mãos cortadas	2	3,3	13	21,7	9,219	0,002*	-
18. Pernas fechadas	9	15,0	17	28,3	3,142	0,076	-
19. Genitais	6	10,0	0	-	-	-	-
20. Figura monstruosa	2	3,3	3	5,0	-	-	1,000
21. 3 ou + figuras	0	-	0	-	-	-	-
22. Nuvens/chuva/neve	4	6,7	3	5,0	-	-	1,000
23. Omissão olhos	0	-	0	-	-	-	-
24. Omissão nariz	7	11,7	6	10,0	0,086	0,769	-
25. Omissão boca	0	-	0	-	-	-	-
26. Omissão tronco	1	1,7	1	1,7	-	-	1,000
27. Omissão braços	1	1,7	2	3,3	-	-	1,000
28. Omissão pernas	4	6,7	4	6,7	-	-	1,000
29. Omissão pés	5	8,3	10	16,7	1,905	0,168	-
30. Omissão pescoço	7	11,7	17	28,3	5,308	0,022*	-

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

Na comparação entre os grupos dos Indicadores Emocionais para o DPD foram encontradas diferenças significantes nos Itens: 1. *integração pobre*, 2. *sombreamento do rosto*, 3. *sombreamento do corpo/membros*, 4. *sombreamento das mãos/pescoço*, 7. *figura pequena*, 17. *mãos cortadas*, 30. *omissão do pescoço*, todos com maior incidência nas crianças hospitalizadas.

No grupo de escolares, apenas o indicador 2. *sombreamento do rosto* e 6. *figura inclinada* possuem frequência superior a 16%, que não atende o critério de item pouco usual para ser considerado como Indicador Emocional de acordo com Koppitz.

A Tabela 11 apresenta as frequências absoluta e percentual e os testes de significância de cada Indicador Maturacional do DPD entre os grupos de escolares e hospitalizadas.

De acordo com a Tabela 11 foram obtidas diferenças significantes nos itens 3. *pupilas*, 11. *pescoço*, 17. *cotovelo*, 28. *roupas duas ou três* e 30. *boas proporções*, cuja frequência foi mais alta entre as escolares. Os itens 1. *cabeça*, 2. *olhos*, 7. *boca* e 27. *roupa 0 ou 1* tiveram 100% de frequência nos dois grupos.

Tabela 11. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional do DPD e teste χ^2 ou Fischer, entre escolares e hospitalizadas

Item	Escolares		Hospitalizadas		χ^2	Sig.	Fischer
	F	%	F	%			
1. Cabeça	60	100	60	100	-	-	-
2. Olhos	60	100	60	100	-	-	-
3. Pupilas	44	73,3	30	50,0	6,910	0,009*	-
4. Sobrancelha / pestana	37	61,7	28	46,7	2,719	0,099	-
5. Nariz	53	88,3	54	90,0	0,086	0,769	-
6. Narinas	6	10,0	2	3,3	-	-	0,272
7. Boca	60	100	60	100	-	-	-
8. Dois lábios	15	25,0	11	18,3	0,786	0,375	-
9. Orelha	17	28,3	11	18,3	1,677	0,195	-
10. Cabelo	58	96,7	57	95,0	-	-	1,000
11. Pescoço	54	90,0	43	71,7	6,508	0,011**	-
12. Tronco	58	96,7	59	98,3	-	-	1,000
13. Braços	60	100	59	98,3	-	-	1,000
14. Braços 2 dimensões	60	100	56	93,3	-	-	0,119
15. Braços para baixo	51	85,0	44	73,3	2,476	0,116	-
16. Braços unidos ao ombro	8	13,3	6	10,0	0,323	0,570	-
17. Cotovelos	9	15,0	1	1,7	6,982	0,008*	-
18. Mãos	47	78,3	48	80,0	0,051	0,822	-
19. Dedos	46	76,7	45	75,0	0,045	0,831	-
20. Número correto dedos	15	25,0	14	23,3	0,045	0,831	-
21. Pernas	55	91,7	56	93,3	-	-	1,000
22. Pernas 2 dimensões	55	91,7	53	88,3	0,370	0,543	-
23. Joelho	3	5,0	3	5,0	-	-	1,000
24. Pés	55	91,7	50	83,3	1,905	0,168	-
25. Pés 2 dimensões	45	75,0	49	81,7	0,786	0,375	-
26. Perfil	7	11,7	4	6,7	0,901	0,343	-
27. Roupa 0 ou 1	60	100	60	100	-	-	-
28. Roupa 2 ou 3	52	86,7	38	63,3	8,711	0,003*	-
29. Roupa 4 ou +	3	5,0	1	1,7	-	-	0,619
30. Boas proporções	32	53,3	19	31,7	5,763	0,016**	-

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

A Tabela 12 mostra as frequências absoluta e percentual de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para o grupo de escolares.

Tabela 12. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para escolares (N=60)

Item	DFH		DPD		McNemar
	F	%	F	%	Sig.
1. Integração pobre	6	10,0	7	11,7	1,000
2. Sombreamento rosto	1	1,7	14	23,3	0,001*
3. Sombreamento corpo/membros	0	-	9	15,0	0,004*
4. Sombreamento mãos/pescoço	0	-	4	6,7	0,125
5. Assimetria grosseira	5	8,3	6	10,0	1,000
6. Figura inclinada	8	13,3	10	16,7	0,727
7. Figura pequena	1	1,7	5	8,3	0,219
8. Figura grande	1	1,7	2	3,3	1,000
9. Transparências	0	-	1	1,7	1,000
10. Cabeça pequena	0	-	0	-	-
11. Olhos estrábicos	4	6,7	2	3,3	0,500
12. Dentes	2	3,3	1	1,7	1,000
13. Braços curtos	9	15,0	8	13,3	1,000
14. Braços compridos	2	3,3	2	3,3	1,000
15. Braços colados	2	3,3	4	6,7	0,625
16. Mãos grandes	1	1,7	0	-	1,000
17. Mãos cortadas	2	3,3	2	3,3	1,000
18. Pernas fechadas	3	5,0	9	15,0	0,070
19. Genitais	0	-	0	-	-
20. Figura monstruosa	0	-	2	3,3	0,500
21. 3 ou + figuras	0	-	0	-	-
22. Nuvens/chuva/neve	6	10,0	4	6,7	0,500
23. Omissão olhos	0	-	0	-	-
24. Omissão nariz	4	6,7	7	11,7	0,250
25. Omissão boca	0	-	0	-	-
26. Omissão tronco	0	-	1	1,7	1,000
27. Omissão braços	1	1,7	1	1,7	1,000
28. Omissão pernas	3	5,0	4	6,7	1,000
29. Omissão pés	4	6,7	5	8,3	1,000
30. Omissão pescoço	5	8,3	7	11,7	0,500

* significante a 0,01

Verifica-se que apenas os itens 2. *sombreamento do rosto* e 3. *sombreamento do corpo/membros*, tiveram diferenças significantes entre os dois desenhos, com frequência mais alta no DPD. Os Indicadores Emocionais 10. *cabeça pequena*, 19.

genitais, 21. *três ou mais figuras*, 23. *omissão dos olhos* e 25. *omissão da boca* não apareceram nos dois desenhos do grupo de escolares.

A Tabela 13 apresenta as frequências absoluta e percentual de cada Indicador Emocional e o testes de McNemar entre o DFH e o DPD para as crianças hospitalizadas.

Os dados da Tabela 13 mostram que foram verificadas diferenças significantes nos itens: 1. *integração pobre*, 2. *sombreamento do rosto*, 3. *sombreamento do corpo/membros*, 4. *sombreamento de mãos/pescoço*, 7. *figura pequena*, 17. *mãos cortadas*, 22. *nuvens* e 29. *omissão de pés*. Em todos os casos, exceto no item 22. *nuvens*, foram obtidas frequências mais altas no DPD do que no DFH. Os Indicadores Emocionais 19. *genitais*, 21. *três ou mais figuras*, 23. *omissão dos olhos* e 25. *omissão da boca* não foram representados nas duas figuras das crianças hospitalizadas.

Tabela 13. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para hospitalizadas (N=60)

Item	DFH		DPD		McNemar
	F	%	F	%	Sig.
1. Integração pobre	11	18,3	22	36,7	0,013**
2. Sombreamento rosto	4	6,7	27	45,0	0,000*
3. Sombreamento corpo/membros	4	6,7	19	31,7	0,000*
4. Sombreamento mãos/pescoço	3	5,0	14	23,3	0,003*
5. Assimetria grosseira	5	8,3	2	3,3	0,250
6. Figura inclinada	10	16,7	11	18,3	1,000
7. Figura pequena	15	25,0	31	51,7	0,000*
8. Figura grande	1	1,7	0	-	1,000
9. Transparências	1	1,7	2	3,3	1,000
10. Cabeça pequena	0	-	2	3,3	-
11. Olhos estrábicos	2	3,3	0	-	0,500
12. Dentes	2	3,3	1	1,7	1,000
13. Braços curtos	7	11,7	13	21,7	0,070
14. Braços compridos	2	3,3	4	6,7	0,625
15. Braços colados	2	3,3	4	6,7	0,688
16. Mãos grandes	3	5,0	4	6,7	1,000
17. Mãos cortadas	3	5,0	13	21,7	0,002*
18. Pernas fechadas	11	18,3	17	28,3	0,180
19. Genitais	0	-	0	-	-
20. Figura monstruosa	3	5,0	3	5,0	1,000
21. 3 ou + figuras	0	-	0	-	-
22. Nuvens/chuva/neve	12	20,0	3	5,0	0,004*
23. Omissão olhos	0	-	0	-	-
24. Omissão nariz	3	5,0	6	10,0	0,375
25. Omissão boca	0	-	0	-	-
26. Omissão tronco	0	-	1	1,7	1,000
27. Omissão braços	0	-	2	3,3	0,500
28. Omissão pernas	0	-	4	6,7	0,125
29. Omissão pés	3	5,0	10	16,7	0,039**
30. Omissão pescoço	11	18,3	17	28,3	0,109

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

A Tabela 14 mostra as frequências e testes de McNemar de cada Indicador Maturacional entre o DFH e o DPD para o grupo de escolares.

Tabela 14. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para escolares (N=60)

Item	DFH		DPD		McNemar
	F	%	F	%	Sig.
1. Cabeça	60	100	60	100	-
2. Olhos	60	100	60	100	-
3. Pupilas	46	76,7	44	73,3	0,754
4. Sobrancelha / pestana	38	63,3	37	61,7	1,00
5. Nariz	55	91,7	33	55,0	0,625
6. Narinas	8	13,3	6	10,0	0,500
7. Boca	60	100	60	100	-
8. Dois lábios	19	31,7	15	25,0	0,388
9. Orelha	19	31,7	17	28,3	0,727
10. Cabelo	60	100	58	96,7	0,500
11. Pescoço	56	93,3	54	90,0	0,625
12. Tronco	60	100	58	96,7	0,500
13. Braços	60	100	60	100	-
14. Braços 2 dimensões	60	100	60	100	-
15. Braços para baixo	49	81,7	51	85,0	0,774
16. Braços unidos ao ombro	3	5,0	8	13,3	0,125
17. Cotovelos	10	16,7	9	15,0	1,00
18. Mãos	50	83,3	47	78,3	0,375
19. Dedos	50	83,3	46	76,7	0,344
20. Número correto dedos	23	38,3	15	25,0	0,021**
21. Pernas	57	95,0	55	91,7	0,625
22. Pernas 2 dimensões	57	95,0	55	91,7	0,625
23. Joelho	0	-	3	5,0	0,250
24. Pés	56	93,3	55	91,7	1,00
25. Pés 2 dimensões	50	83,3	45	75,0	0,267
26. Perfil	2	3,3	7	11,7	0,180
27. Roupa 0 ou 1	60	100	60	100	-
28. Roupa 2 ou 3	54	90,0	52	86,7	0,727
29. Roupa 4 ou +	11	18,3	3	5,0	0,021**
30. Boas proporções	35	58,3	32	53,3	0,629

** significante a 0,05

Os resultados da Tabela 14 mostram que foram encontradas diferenças significantes nos Indicadores Maturacionais entre os dois desenhos dos escolares nos itens 20. *número correto de dedos* e 29. *roupas 4 ou mais itens*, com maior

freqüência no DFH. Os Indicadores Maturacionais 1. *cabeça*, 2. *olhos*, 7. *boca*, 13. *braços*, 14. *braços em duas dimensões* e 27. *roupa 0 ou 1* obtiveram 100% de freqüência nos dois desenhos do grupo escolar.

A Tabela 15 apresenta as freqüências absoluta e percentual e o teste de significância de cada Indicador Maturacional entre o DFH e DPD nas crianças hospitalizadas.

Na comparação entre os desenhos das crianças hospitalizadas foram obtidas diferenças significantes nos itens: 3. *pupilas*, 24. *pés* e 30. *boas proporções*, sendo mais freqüentes no DFH. Neste grupo apenas os Indicadores 1. *cabeça*, 2. *olhos*, 7. *boca* e 27. *roupa 0 ou 1* alcançaram 100% de freqüência nos dois desenhos.

Tabela 15. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD para hospitalizadas (N=60)

Item	DFH		DPD		McNemar
	F	%	F	%	Sig.
1. Cabeça	60	100	60	100	-
2. Olhos	60	100	60	100	-
3. Pupilas	41	68,3	30	50,0	0,001*
4. Sobrancelha / pestana	29	48,3	28	46,7	1,00
5. Nariz	57	95,0	54	90,0	0,375
6. Narinas	5	8,3	2	3,3	0,250
7. Boca	60	100	60	100	-
8. Dois lábios	15	25,0	11	18,3	0,289
9. Orelha	11	18,3	11	18,3	1,00
10. Cabelo	60	100	57	95,0	0,250
11. Pescoço	47	78,3	43	71,7	0,289
12. Tronco	60	100	59	98,3	1,000
13. Braços	60	100	59	98,3	1,000
14. Braços 2 dimensões	60	100	56	93,3	0,125
15. Braços para baixo	45	75,0	44	73,3	1,000
16. Braços unidos ao ombro	4	6,7	6	10,0	0,727
17. Cotovelos	6	10,0	1	1,7	0,063
18. Mãos	54	90,0	48	80,0	0,109
19. Dedos	51	85,0	45	75,0	0,146
20. Número correto dedos	20	33,3	14	23,3	0,070
21. Pernas	60	100	56	93,3	0,125
22. Pernas 2 dimensões	58	96,7	53	88,3	0,125
23. Joelho	2	3,3	3	5,0	1,000
24. Pés	57	95,0	50	83,3	0,039**
25. Pés 2 dimensões	55	91,7	49	81,7	0,070
26. Perfil	2	3,3	4	6,7	0,625
27. Roupa 0 ou 1	60	100	60	100	-
28. Roupa 2 ou 3	46	76,7	38	63,3	0,057
29. Roupa 4 ou +	4	6,7	1	1,7	0,375
30. Boas proporções	26	43,3	19	31,7	0,016**

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

Na Tabela 16 são apresentadas as frequências absoluta e percentual de cada Indicador Emocional na comparação entre o DFH e o DPD na amostra total.

Tabela 16. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Emocional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD na amostra total (N=120)

Item	DFH		DPD		McNemar	
	F	%	F	%	χ^2	Sig.
1. Integração pobre	17	14,2	29	24,2	4,321	0,038**
2. Sombreamento rosto	5	4,2	41	34,2	32,237	0,000*
3. Sombreamento corpo/membros	4	3,3	28	23,3		0,000*
4. Sombreamento mãos/pescoço	3	2,5	18	15,0		0,000*
5. Assimetria grosseira	20	16,7	8	6,7		0,727
6. Figura inclinada	18	15,0	21	17,5		0,690
7. Figura pequena	16	13,3	36	30,0		0,000*
8. Figura grande	2	1,7	2	1,7		1,000
9. Transparências	1	0,8	3	2,5		0,500
10. Cabeça pequena	0	0	2	1,7		0,500
11. Olhos estrábicos	6	5,0	2	1,7		0,125
12. Dentes	4	3,3	2	1,7		0,688
13. Braços curtos	16	13,3	21	17,5		0,332
14. Braços compridos	4	3,3	6	5,0		0,727
15. Braços colados	4	3,3	8	6,7		0,344
16. Mãos grandes	4	3,3	4	3,3		1,000
17. Mãos cortadas	5	4,2	15	12,5		0,013**
18. Pernas fechadas	14	11,7	26	21,7		0,017**
19. Genitais	0	0	0	0		-
20. Figura monstruosa	3	2,5	5	4,2		0,625
21. 3 ou + figuras	0	0	0	0		-
22. Nuvens/chuva/neve	18	15,0	7	5,8		0,001*
23. Omissão olhos	0	0	0	0		-
24. Omissão nariz	7	5,8	13	10,8		0,070
25. Omissão boca	0	0	0	0		-
26. Omissão tronco	0	0	2	1,7		0,500
27. Omissão braços	1	0,8	3	2,5		0,625
28. Omissão pernas	3	2,5	8	6,7		0,180
29. Omissão pés	7	5,8	15	12,5		0,057
30. Omissão pescoço	16	13,3	24	20,0		0,039**

* significativa a 0,01 ** significativa a 0,05

Os resultados da Tabela 16 indicam diferenças significantes entre os desenhos para a amostra total nos itens: 1. *integração pobre*, 2. *sombreamento do rosto*, 3. *sombreamento do corpo/membros*, 4. *sombreamento de mãos/pescoço*, 7. *figura pequena*, 17. *mãos cortadas*, 18. *pernas fechadas*, 22. *nuvens* e 30. *omissão*

do pescoço, sendo que todos os itens tiveram maior freqüência no DPD, exceto o item 22. *nuvens*.

A Tabela 17 mostra as freqüências absoluta e percentual de cada Indicador Maturacional na comparação entre o DFH e o DPD na amostra total.

Comparando-se os dois desenhos na amostra total verifica-se que houve diferenças significantes nos itens: 3. *pupilas*, 18. *mãos*, 20. *número correto de dedos*, 24. *pés*, 25. *pés em duas dimensões* e 29. *roupas 4 ou mais itens*, sendo mais freqüentes no DFH.

Tabela 17. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) de cada Indicador Maturacional e testes de McNemar entre o DFH e o DPD na amostra total (N=120)

Item	DFH		DPD		McNemar
	F	%	F	%	Sig.
1. Cabeça	120	100	120	100	-
2. Olhos	120	100	120	100	-
3. Pupilas	87	72,5	74	61,7	0,007*
4. Sobrancelha / pestana	67	55,8	65	54,2	0,839
5. Nariz	112	93,3	107	89,2	0,180
6. Narinas	13	10,8	8	6,7	0,063
7. Boca	120	100	120	100	-
8. Dois lábios	34	28,3	26	21,7	0,115
9. Orelha	30	25,0	28	23,3	0,754
10. Cabelo	120	100	115	95,8	0,063
11. Pescoço	103	85,8	97	80,8	0,146
12. Tronco	120	100	117	97,5	0,250
13. Braços	120	100	119	99,2	1,000
14. Braços 2 dimensões	120	100	116	96,7	0,125
15. Braços para baixo	94	78,3	95	79,2	1,000
16. Braços unidos ao ombro	7	5,8	14	11,7	0,118
17. Cotovelos	16	13,3	10	8,3	0,210
18. Mãos	104	86,7	95	79,2	0,035**
19. Dedos	101	84,2	91	75,8	0,052
20. Número correto dedos	43	35,8	29	24,2	0,001*
21. Pernas	117	97,5	111	92,5	0,070
22. Pernas 2 dimensões	115	95,8	108	90,0	0,065
23. Joelho	2	1,7	6	5,0	0,289
24. Pés	113	94,2	105	87,5	0,039**
25. Pés 2 dimensões	105	87,5	94	78,3	0,027**
26. Perfil	4	3,3	11	9,2	0,092
27. Roupa 0 ou 1	120	100	120	100	-
28. Roupa 2 ou 3	100	83,3	90	75,0	0,052
29. Roupa 4 ou +	15	12,5	4	3,3	0,007*
30. Boas proporções	61	50,8	51	42,5	0,064

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

A Tabela 18 mostra a comparação das médias e desvios padrão (DP) do total de Indicadores Emocionais e testes t entre os dois desenhos nos dois grupos e na amostra total.

Tabela 18. Médias e desvios padrão (DP) do total dos Indicadores Emocionais e testes t entre os dois desenhos nos dois grupos

Grupo	DFH		DPD		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Escolares	1,17	1,21	1,95	1,75	-3,909	0,000*
Hospitalizadas	1,97	1,63	3,87	2,20	-9,862	0,000*
Amostra total	1,57	1,48	2,91	2,20	-9,091	0,000*

* significante a 0,01

Os dados da Tabela 18 indicaram que houve diferenças significantes entre as médias do total dos Indicadores Emocionais do DFH e DPD nos dois grupos e na amostra total, sendo que as médias do DPD foram mais altas que as do DFH.

A Tabela 19 apresenta a comparação das médias e desvios padrão do total de Indicadores Maturacionais e testes t entre os dois desenhos nos dois grupos e na amostra total.

Tabela 19. Médias e DPs do total dos Indicadores Maturacionais e testes t entre os dois desenhos nos dois grupos

Grupo	DFH		DPD		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Escolares	20,47	2,69	19,75	3,07	2,210	0,031**
Hospitalizadas	19,58	2,76	18,02	3,84	4,287	0,000*
Amostra total	20,02	2,75	18,88	3,57	4,634	0,000*

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

Os resultados da Tabela 19 indicaram que houve diferenças significantes entre as médias do total de Indicadores Maturacionais entre os dois desenhos para os dois grupos e na amostra total, sendo que as médias no DFH foram maiores que as do DPD.

A Tabela 20 apresenta as médias e desvios padrão dos Indicadores Emocionais e testes t na comparação do DFH e do DPD entre os grupos.

Tabela 20. Médias e DPs dos Indicadores Emocionais e testes t na comparação do DFH e DPD entre os grupos

Desenho	Escolares		Hospitalizadas		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
DFH	1,17	1,21	1,97	1,63	-3,058	0,003*
DPD	1,95	1,75	3,87	2,20	-5,284	0,000*

* significante a 0,01

Os resultados indicaram que houve diferenças significantes entre as médias do total de pontos nos Indicadores Emocionais do DFH e do DPD entre os grupos , sendo que a média do grupo hospitalizado foi maior do a dos escolares.

A Tabela 21 mostra as médias e desvios padrão dos Indicadores Maturacionais e testes t na comparação do DFH e do DPD entre os grupos.

Tabela 21. Médias e DPs dos Indicadores Maturacionais e testes t entre DFH e DPD entre os grupos

Desenho	Escolares		Hospitalizadas		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
DFH	20,47	2,69	19,58	2,76	1,776	0,078
DPD	19,75	3,07	18,02	3,84	2,729	0,007**

** significante a 0,05

Os resultados da Tabela 21 indicaram que houve diferença significativa entre as médias do total de Indicadores Maturacionais no DPD entre os grupos, sendo que a média do grupo escolar foi maior do que a do hospitalizado, mas não ocorreu diferença para o DFH.

4.2.2. Resultados relativos ao Inquérito

Em relação aos itens do inquérito foram comparadas as respostas das crianças escolares e hospitalizadas. Para determinar as diferenças foram calculados os χ^2 ou os testes de Fischer, quando necessário.

A Tabela 22 apresenta as freqüências das categorias de respostas relativas à idade da pessoa representada no desenho comparada à idade da criança.

Tabela 22. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) relativa à idade da pessoa representada comparada à idade da criança

Idade	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Igual	45	75,0	43	71,7	48	80,0	44	73,3
Maior	9	15,0	11	18,3	7	11,7	9	15,0
Menor	6	10,0	6	10,0	4	6,6	5	8,3
Não informou	0	0,0	0	0,0	1	1,7	2	3,4
Total	60	100	60	100	60	100	60	100

A Tabela 23 apresenta os resultados dos χ^2 na comparação entre os desenhos para os grupos escolares e hospitalizadas quanto à idade.

Tabela 23. χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto à idade

Comparações	χ^2	Sig.
Escolares DFH x DPD	0,245	0,885
Hospitalizados DFH x DPD	0,868	0,833
DFH Escolares x DFH Hospitalizadas	1,747	0,627
DPD Escolares x DPD Hospitalizadas	2,302	0,512

Os resultados indicaram que não houve diferenças significantes na distribuição das freqüências das categorias em todas as comparações. Houve um predomínio da categoria idade igual (entre 71,7 e 80,0%) nos dois desenhos e grupos.

A Tabela 24 mostra as freqüências das categorias de respostas do inquérito sobre quem é a pessoa desenhada nos dois grupos e nos dois desenhos.

Tabela 24. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) sobre quem é a pessoa para os dois grupos e nos dois desenhos

Pessoa desenhada	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
O próprio sujeito	47	78,3	45	75,0	46	76,7	48	80,0
Alguém da família (pai,mãe, irmão)	6	10,0	9	15,0	8	13,3	7	11,7
Outro parente	3	5,0	6	10,0	4	6,7	5	8,3
Amigo/professora/vizinho	3	5,0	0	0	2	3,3	0	0
Não informou	1	1,7	0	0	0	0	0	0
Total	60	100	60	100	60	100	60	100

A Tabela 25 apresenta os χ^2 obtidos na comparação entre os desenhos para os dois grupos quanto a quem é a pessoa desenhada.

Tabela 25. χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto a quem é a pessoa desenhada

Comparações	χ^2	Sig.
Escolares DFH x DPD	5,543	0,227
Hospitalizados DFH x DPD	2,220	0,528
DFH Escolares x DFH Hospitalizadas	1,639	0,802
DPD Escolares x DPD Hospitalizadas	0,438	0,803

Os resultados obtidos mostram que não foram encontradas diferenças significantes entre as freqüências das categorias nos dois grupos, em todas as comparações. A maioria das crianças (entre 75,0% e 80,0%) desenharam a si mesmas tanto no DFH como no DPD.

A Tabela 26 apresenta a distribuição das freqüências absoluta e percentual quanto ao local em que a pessoa está nos dois grupos e nos dois desenhos.

Tabela 26. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) quanto ao local em que a pessoa está nos dois grupos

Local	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Residência	8	13,3	35	58,3	5	8,3	8	13,3
No hospital, no médico	0	0	13	21,7	4	6,7	42	70,0
Outros locais	52	86,7	11	18,3	50	83,3	9	15,0
Sem resposta	0	0	1	1,7	1	1,7	1	1,7
Total	60	100	60	100	60	100	60	100

Na Tabela 27 são apresentados os resultados do χ^2 na comparação entre o DFH e DPD para os dois grupos em relação ao local em que a pessoa está.

Tabela 27. χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto ao local em que a pessoa está

Comparações	χ^2	Sig.
Escolares DFH x DPD	57,636	0,000 *
Hospitalizados DFH x DPD	60,575	0,000 *
DFH Escolares x DFH Hospitalizadas	5,732	0,125
DPD Escolares x DPD Hospitalizadas	32,444	0,000 *

* significante a 0,01

Os resultados mostraram diferenças significantes nas frequências entre os dois desenhos para os dois grupos e para o DPD entre os grupos, mas não para o DFH. Os escolares desenharam o DFH predominantemente (86,7%), em lugares comuns tais como: na rua, no parque, no jardim, na praça, na loja, no shopping, etc., e o DPD em casa (58,3%). As crianças hospitalizadas desenharam o DPD predominantemente no hospital ou no médico (70%) e o DFH em lugares comuns (83,3%).

A Tabela 28 apresenta os resultados do inquérito sobre o que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos e nos dois desenhos.

Tabela 28. Distribuição de freqüência absoluta (F) e percentual (%) sobre o que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos e nos dois desenhos

Está acontecendo	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Brincando, feliz, passeando, trabalhando, estudando.	58	96,7	14	23,3	47	78,3	14	23,3
Machucado, com dor, doente, passando mal, febre, tosse, vomitando, resfriado, internado, no médico, fazendo exame.	0	0	43	71,7	8	13,4	43	71,7
Não mencionou.	2	3,3	3	5,0	5	8,3	3	5,0
Total	60	100	60	100	60	100	60	100

A Tabela 29 apresenta o χ^2 na comparação entre os desenhos quanto ao que está acontecendo com a pessoa para os dois grupos.

Tabela 29. χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas quanto ao que está acontecendo com a pessoa

Comparações	χ^2	Sig.
Escolares DFH x DPD	70,089	0,000 *
Hospitalizados DFH x DPD	42,372	0,000 *
DFH Escolares x DFH Hospitalizadas	10,438	0,005 **
DPD Escolares x DPD Hospitalizadas	0,000	1,000

* significante a 0,01 ** significante a 0,05

Os resultados indicaram diferenças significantes entre os grupos em três das quatro comparações. As crianças escolares desenharam o DFH predominantemente (96,7%) brincando ou fazendo outras atividades e nenhuma representação da pessoa com sintomas ou situação relacionada a doenças e no DPD sintomas ou doenças (71,7%). As hospitalizadas apresentaram resultados com freqüência menor (78,3%) no DFH relacionadas a atividades comuns e no DPD (71,7%) representaram sintomas ou situações relacionadas a doenças. Na comparação do DPD entre os dois grupos não houve diferenças significantes.

A Tabela 30 apresenta os resultados do inquérito sobre o que vai acontecer com a pessoa em ambos os grupos.

Tabela 30. Distribuição de freqüências absoluta (F) e percentual (%) sobre o que vai acontecer com a pessoa para os dois grupos nos dois desenhos

Vai acontecer	Escolares				Hospitalizadas			
	DFH		DPD		DFH		DPD	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Vai pra casa, dormir, tomar banho, jantar, comer	21	35,0	18	30,0	24	40,0	8	13,3
Passear, pra festa, sair, comprar coisas, cinema, visitar parentes, brincar, jogar, se divertir, pra escola	51	85,0	0	0	40	66,7	0	0
Tomar remédio, tomar injeção, fazer exame	0	0	28	46,7	5	8,3	29	48,3
Ficar internado, fazer cirurgia	0	0	0	0	0	0	20	33,3
Chorar, morrer, piorar	0	0	6	10,0	0	0	7	11,6
Vai sarar, curar, ficar bom	0	0	12	20,0	0	0	10	16,7

*Porcentagens calculadas em relação ao número de sujeitos de cada amostra (N=60)

A Tabela 31 mostra os resultados do χ^2 obtidos na comparação entre os desenhos para os dois grupos sobre o que vai acontecer.

Tabela 31. χ^2 entre os desenhos para as escolares e hospitalizadas sobre o que vai acontecer com a pessoa

Comparações	χ^2	Sig.
Escolares DFH x DPD	97,096	0,000 *
Hospitalizados DFH x DPD	101,891	0,000 *
DFH Escolares x DFH Hospitalizadas	6,469	0,039 **
DPD Escolares x DPD Hospitalizadas	23,521	0,000 *

* significativa a 0,01 ** significativa a 0,05

Foram observadas diferenças significantes nas quatro comparações entre os dois desenhos e os dois grupos. Embora as escolares e hospitalizadas tenham representado situações comuns no DFH, 8,3% das crianças hospitalizadas relataram situações ligadas à doenças, o que não ocorreu entre as escolares. No DPD as situações relacionadas a doenças foram mais freqüentes (81,6%, referentes à 3ª e 4ª categorias) para as hospitalizadas do que entre as escolares (46,7%). Os dois grupos tiveram praticamente a mesma freqüência de chorar, morrer ou piorar, e a freqüência de cura foi maior nos escolares.

A Tabela 32 apresenta os resultados do inquérito quanto à doença ou parte doente no DPD em ambos os grupos.

Tabela 32. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) quanto à doença ou parte doente no DPD em ambos os grupos

Parte doente / doença	Escolares		Hospitalizadas	
	F	%	F	%
Passando mal, desmaiou, vomitando, cólica	12	20,0	8	13,3
Resfriado, tosse, dor de dente, catapora, sarampo, garganta, febre	24	40,0	12	20,0
Cabeça / pescoço / rosto / olho / boca	10	16,7	11	18,3
Perna / pé / joelho / mão / dedos	9	15,0	13	21,7
Rim / bronquite / aids	1	1,7	9	15,0
Outras doenças	2	3,3	4	6,7
Não mencionou	2	3,3	3	5,0
Total	60	100	60	100

O χ^2 obtido na comparação da distribuição das respostas do DPD nos dois grupos foi 12,842 ($p=0,046$). Em relação ao tipo de doença nos escolares são mais representadas as comuns na infância (60,0%) referentes às duas primeiras categorias em comparação com as hospitalizadas (33,3%). Doenças específicas de partes do corpo ou doenças mais graves apresentam maior frequência entre as hospitalizadas (61,7%) referentes às categorias 3^a a 5^a na Tabela 32 do que nas escolares (36,7%).

4.2.3. Resultados referentes aos itens complementares

A Tabela 33 mostra a comparação entre os grupos quanto à postura da pessoa desenhada no DPD. No DFH todas as figuras foram desenhadas em pé.

Tabela 33. Distribuição de frequência absoluta (F) e percentual (%) quanto à postura da pessoa desenhada no DPD em ambos os grupos

Postura	Escolares		Hospitalizadas	
	F	%	F	%
Em pé	39	65,0	20	33,3
Sentada/inclinada	11	18,3	11	18,3
Deitada	10	16,7	29	48,4
Total	60	100	60	100

O χ^2 obtido na comparação do DPD nos dois grupos foi de 15,38 ($p=0,05$). As crianças hospitalizadas desenharam com mais frequência (48,4%) a pessoa deitada no DPD e as escolares a pessoa em pé (65,0%).

A Tabela 34 apresenta os resultados na comparação entre os grupos em relação aos itens complementares no DFH.

Os dados da Tabela 34 indicam que não foram observadas diferenças significantes no DFH para ambos os grupos em nenhum dos itens complementares. Os itens que não apareceram no DFH em nenhum dos grupos foram: 1. *representação da doença*, 7. *restrição de atividade*, 8. *figura debilitada*, 10. *tristeza*, 11. *choro/dor*, 12. *raiva* e 13. *susto/temor*.

Tabela 34. Comparação entre os grupos em relação aos itens complementares no DFH

Itens	Escolares	Hospitalizadas	χ^2	Sig.	Fischer
	%	%			
1. Representação da doença	0,0	0,0	-	-	-
2. Ambiente hospitalar	0,0	5,0	-	-	0,244
3. Objetos de procedimentos hospitalares	0,0	8,3	-	-	0,057
4. Outros objetos	23,3	21,6	0,048	0,827	-
5. Personagens do ambiente hospitalar	0,0	6,7	-	-	0,119
6. Personagens do grupo familiar	8,3	6,7	0,120	0,729	-
7. Restrição de atividade	0,0	0,0	-	-	-
8. Figura debilitada	0,0	0,0	-	-	-
9. Felicidade	71,6	68,3	0,164	0,685	-
10. Tristeza	0,0	0,0	-	-	-
11. Choro/dor	0,0	0,0	-	-	-
12. Raiva	0,0	0,0	-	-	-
13. Susto/temor	0,0	0,0	-	-	-

A Tabela 35 apresenta os resultados da comparação entre os grupos em relação aos itens complementares no DPD.

Tabela 35. Comparação entre os grupos em relação aos itens complementares no DPD

Itens	Escolares	Hospitalizadas	χ^2	Sig.	Fischer
	%	%			
1. Representação da doença	93,3	91,7	0,120	0,729	-
2. Ambiente hospitalar	18,3	75,0	38,705	0,000 *	-
3. Objetos de procedimentos hospitalares	11,7	46,7	17,788	0,000 *	-
4. Outros objetos	6,7	8,33	0,120	0,729	-
5. Personagens do ambiente hospitalar	6,7	16,7	2,911	0,088	0,153
6. Personagens do grupo familiar	16,7	10,0	1,154	0,283	-
7. Restrição de atividade	25,0	73,3	28,041	0,000 *	-
8. Figura debilitada	36,7	55,0	4,062	0,044 **	-
9. Felicidade	48,3	18,3	12,150	0,000 *	-
10. Tristeza	26,7	46,7	5,167	0,023 **	-
11. Choro/dor	16,7	36,7	6,136	0,013 **	-
12. Raiva	13,3	16,7	0,261	0,609	-
13. Susto/temor	23,3	38,3	3,165	0,075	-
14. Pessoa Doente diminuída	0,0	5,0	3,077	0,079	0,244

* significante a 0,01 - ** significante a 0,05

Pode-se observar que foram obtidas diferenças significantes no DPD entre os grupos nos itens: 2. *ambiente hospitalar*, 3. *objetos de procedimentos hospitalares*, 7. *restrição de atividade*, 8. *figura debilitada*, 10. *tristeza* e 11. *choro ou dor*, todos com maior freqüência nas crianças hospitalizadas. Nas escolares foi mais freqüente o item 9. *felicidade*.

5. DISCUSSÃO

As análises dos DFH e DPD considerando-se os itens que compõem os Indicadores Emocionais e Indicadores Maturacionais de Koppitz (1973) mostraram que houve diferenças entre os dois grupos estudados.

De modo geral, na comparação entre os grupos observou-se que as hospitalizadas apresentaram desenhos com sinais revelando um maior comprometimento tanto na expressão emocional, quanto no que se refere ao nível maturacional.

Em relação aos Indicadores Emocionais do DFH, na comparação entre os dois grupos os itens, 7. *figura pequena* e 18. *pernas fechadas* ocorreram mais nos desenhos das crianças hospitalizadas. No grupo escolar estes indicadores tiveram frequência menor do que 16%, o que atende aos critérios para serem considerados Indicadores Emocionais, conforme o estudo de Koppitz (1973) com crianças americanas. No grupo de crianças hospitalizadas, estes itens tiveram frequência superior a 16%. No Brasil, na pesquisa de Hutz e Antoniazzi (1995), o item *figura pequena* apresentou frequência inferior a 16% somente a partir da faixa etária de 10 anos, já o item *pernas fechadas* apresentou frequência inferior a 16% na faixa etária de 7 a 11 anos. Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) em um grupo de crianças de 8 anos de uma escola pública obtiveram no item 7. *figura pequena* frequência de 40% para meninos e 30% para meninas, enquanto para o item 18. *pernas fechadas*, obtiveram 7% para os meninos apenas. Para Sarti (1999) com crianças normais, o item *figura pequena* teve frequência inferior a 16% a partir da faixa etária de 8 anos e o item *pernas fechadas* teve frequência inferior a 16% para a faixa etária de 7 a 11 anos. Assim, o item 7. *figura pequena* não cumpre a exigência de ter frequência menor do que 16% para as crianças brasileiras, embora ele tenha diferenciado as crianças hospitalizadas das escolares.

Dessa forma, ficou evidenciado no grupo de crianças hospitalizadas maior concentração de indicadores de timidez, extrema insegurança, retraimento,

depressão, preocupação com as relações com o ambiente (item 7. *figura pequena*) e necessidade de controle dos impulsos sexuais (item 18. *pernas fechadas*), segundo Koppitz (1973). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas anteriores como a de Lourenção Van Kolck (1973) com um grupo de crianças analisando sinais de ansiedade e distúrbios emocionais, na qual obteve com o grupo clínico para o item 7. *figura pequena* freqüências de 40,0% para os meninos e 20,0% para as meninas, porém quanto ao item 18. *pernas fechadas* houve freqüência de 5,0% somente para as meninas. Cariola e Sá (1987) analisando crianças com fissura labiopalatais obteve com o grupo clínico para o item 7. *figura pequena* freqüência de 31,0%, já para o item 18. *pernas fechadas* a freqüência foi de 4,0%. Sarti (1988) avaliando crianças hospitalizadas em comparação com escolares encontrou para o item 7. *figura pequena* freqüência de 31,0% no grupo hospitalizado e 3,5% para o grupo escolar, já para o item 18. *pernas fechadas* as freqüências foram de 7,0% para o grupo hospitalizado e 10,5% para o grupo escolar. Ide (2004) investigando crianças hospitalizadas com e sem intervenção cirúrgica encontrou para o item 7. *figura pequena* a freqüência de 21,5% e para o item 18. *pernas fechadas* 14,5% presentes no grupo que não sofreu intervenção cirúrgica. Quanto ao item 18. *pernas fechadas*, sua freqüência foi significativamente maior no DPD do que no DFH apenas para a amostra total, o que pode estar relacionado ao fato de que quando a criança desenha uma pessoa doente deitada na cama, coloca as pernas juntas e não separadas, refletindo um dado da realidade, mas esta diferença não ocorreu nos grupos separadamente.

A análise do DPD nos dois grupos (Tabela 10) revelou um maior número de Indicadores Emocionais (sete) demonstrando assim que este instrumento permitiu mostrar diferentes áreas de conflitos que não apareceram na aplicação do DFH. Segundo os critérios de Koppitz (1973), tais indicadores demonstraram que as crianças hospitalizadas apresentaram sinais indicativos de agressividade (item 1. *integração pobre*; item 2. *sombreamento do rosto*; item 4. *sombreamento de mãos/pescoço*), instabilidade e impulsividade (item 1. *integração pobre*; item 4. *sombreamento de mãos/pescoço*; item 30. *omissão de pescoço*), ansiedade (item 2. *sombreamento do rosto*; item 3. *sombreamento do corpo*), inadequação (item 7. *figura pequena*; item 17. *mãos cortadas*), timidez (item 4. *sombreamento de*

mãos/pescoço; item 7. *figura pequena*; item 17. *mãos cortadas*), insegurança (item 7. *figura pequena*), imaturidade (item 1. *integração pobre*; item 30. *omissão do pescoço*) e autoconceito pobre (item 2. *sombreamento do rosto*).

No grupo de escolares, apenas os indicadores 2. *sombreamento do rosto* e 6. *figura inclinada* possuem frequência superior a 16%, o que não atenderia o critério de item pouco usual para ser considerado como IE de acordo com Koppitz. A pesquisa brasileira de Hutz e Antoniazzi (1995) confirmou o item 2. *sombreamento do rosto*, como Indicador Emocional já que apresentou frequência inferior a 16% na amostra, porém o item 6. *figura inclinada* apresentou frequência igual ou superior a 16% nos DFH de crianças de 8, 10 e 11 anos. Na pesquisa de Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) com escolares de 8 anos o item 6. *figura inclinada* ocorreu em 7,0% dos meninos e 30,0% das meninas no DFH. Já na pesquisa de Sarti (1999) o item 2. *sombreamento do rosto* não foi considerado Indicador Emocional válido, pois apresentou frequência superior a 16% para as faixas estudadas e, o item 6. *figura inclinada* foi considerado Indicador Emocional válido para as faixa etárias de 7 a 11 anos.

Comparando os resultados desta pesquisa com outras realizadas anteriormente, destaca-se o estudo de Nuvoli et al (1989), utilizando o Desenho da Pessoa Doente com pacientes diabéticos em comparação com escolares que não apresentavam a doença, no qual concluiu que os desenhos produzidos pelos diabéticos apontavam para sinais depressivos associados à introversão e à baixa auto-estima, identificados principalmente pelo uso de sombreamento, ausência ou ênfase em partes do corpo, uso de figuras pequenas ou incompletas e abstrações.

Ballas (2005) também numa pesquisa com adolescentes diabéticos, não encontrou diferenças significantes entre os desenhos na comparação com adolescentes saudáveis, porém, destaca que os diabéticos revelaram maior frequência de conflitos pela presença da doença com desenhos menos elaborados no Desenho da Pessoa Diabética do que no desenho da pessoa sadia. Na pesquisa de Coutinho (2000) com crianças com e sem sintomatologia de depressão, na qual solicitou o Desenho da Pessoa com Depressão, foi verificado que as crianças do grupo clínico

de 7 a 12 anos representavam perturbações emocionais e estéticas desenhando figuras encurvadas, braços fechados ou cortados, mãos fechadas ou cortadas, pés suspensos, membros inferiores dobrados ou ausentes, sinalizando vivências conflituosas, isolamento, limitações e baixa auto-estima, além de dificuldades de relacionamento no ambiente.

A análise comparativa entre o DFH e o DPD produzidos pelo grupo de escolares (Tabela 12) apontou diferenças significativas apenas em dois itens (item 2. *sombreamento do rosto*; item 3. *sombreamento do corpo/membros*), dados estes que indicam um aumento de indicadores de agressividade e ansiedade no DPD. Na pesquisa realizada por Nuvoli et al. (1989) também foi demonstrado que os escolares utilizaram mais sombreamento no DPD em comparação ao DFH. Cabe ressaltar, no entanto, que esse procedimento pode estar sendo utilizado pelas crianças para representar a doença ou a área da doença.

Já a comparação entre o DFH e o DPD para o grupo de crianças hospitalizadas (Tabela 13) revelou um aumento significativo de indicadores no DPD em sete itens. Desta forma, as crianças hospitalizadas, quando desenharam o DPD, demonstraram sinais de maior agressividade (item 1. *integração pobre*; item 2. *sombreamento do rosto*; item 4. *sombreamento de mãos/pescoço*), instabilidade e impulsividade (item 1. *integração pobre*; item 4. *sombreamento de mãos/pescoço*), ansiedade (item 2. *sombreamento do rosto*; item 3. *sombreamento do corpo/membros*), inadequação (item 7. *figura pequena*; item 17. *mãos cortadas*); insegurança (item 29. *omissão dos pés*); timidez (item 4. *sombreamento de mãos/pescoço*; item 7. *figura pequena*; item 17. *mãos cortadas*). Pode-se observar que resultados semelhantes foram encontrados na Tabela 10 e já discutidos anteriormente.

Destacou-se, no entanto, a presença do item 22. *nuvens* com maior frequência no DFH, tal dado pode estar relacionado ao fato de que, crianças hospitalizadas ao desenharem a figura humana o fizeram em um ambiente aberto e, ao desenharem a pessoa doente representaram o ambiente hospitalar. Todavia, na pesquisa de Ide (2004) no DFH com crianças hospitalizadas foi verificada maior

freqüência de nuvens entre as crianças internadas que não sofreram intervenção cirúrgica do que nas produções das que sofreram intervenção cirúrgica, sendo que todas estavam hospitalizadas. O item presença de nuvem foi considerado Indicador Emocional válido no DFH nas pesquisas brasileiras de Hutz e Antoniazzi (1995), de Sarti (1999) e de Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) com freqüências inferiores a 16,0%. Para Koppitz (1973), este indicador está relacionado à ansiedade e sentimento de ameaça pelo mundo adulto.

Ao considerar-se a amostra total na comparação entre o DFH e o DPD (Tabela 16) os resultados indicaram no DPD maior freqüência de Indicadores Emocionais os quais já foram discutidos, confirmando as diferenças significativas nas análises dos Indicadores Emocionais.

No tocante aos Indicadores Emocionais pode-se, portanto, verificar diferenças significantes nas diversas comparações realizadas, ou seja, ao analisar cada tipo de desenho (DFH e DPD) entre os grupos (Tabelas 8 e 10), a evolução das produções (DFH x DPD) para cada grupo (Tabelas 12 e 13) ou ainda, a evolução para a amostra total (Tabela 16), os resultados demonstraram semelhanças com os de Sarti (1988), confirmando dessa forma, um nível maior de perturbação emocional nas crianças hospitalizadas em comparação com as escolares.

Percebeu-se também, que nas avaliações dos Desenhos da Pessoa Doente nesta pesquisa ou em pesquisas anteriores como as de Nuvoli et al (1989) com o DPD de diabéticos, Coutinho (2000) com o Desenho do Paciente com Depressão e Ballas (2005) com o Desenho da Pessoa com Diabetes, em todos os casos, a análise permitiu investigar maiores detalhes da relação do sujeito com sua doença, revelando sinais de conflito ou de dificuldade de adaptação expressos graficamente. Trinca (1997) e Klepsch e Logie (1984) afirmam que os desenhos temáticos são possibilidades de variações na técnica do Desenho da Figura Humana que permitem maior sensibilidade na exploração de informações. Eles focalizam de forma mais direta um determinado aspecto do conflito psíquico, envolvendo a situação problema e revelando fantasias, desejos, temores e angústias presentes na situação e que, muitas vezes, por conta do contexto ou *setting* inadequado, teriam menor

probabilidade de emergir. Dessa forma, a utilização do DPD enquanto instrumento para investigação dos Indicadores Emocionais mostrou-se adequada para os objetivos propostos.

Analisando as médias dos totais de Indicadores Emocionais dos desenhos em ambos os grupos e na amostra total (Tabela 18), pode-se verificar que as crianças hospitalizadas apresentaram médias maiores do que as escolares. Os escolares no DFH tiveram média 1,17, o que é aceitável no protocolo de criança normal (Koppitz, 1973) e no DPD tiveram média 1,95, ou seja, aproximadamente 2, que é o exigido para indicar problemas emocionais segundo Koppitz. Com o grupo hospitalizado, as médias foram mais elevadas, sendo que no DFH foi de 1,97 e no DPD 3,87, revelando maior comprometimento emocional ligado à situação de hospitalização. Estes dados corroboram os de Sarti (1988) que encontrou um número de indicadores igual ou maior do que dois com maior frequência no grupo hospitalizado em comparação ao grupo controle. Já Ide (2004) não encontrou diferença significativa na sua amostra em relação aos dados normativos de Sarti (1999).

Na comparação de cada desenho entre os grupos, na análise dos Indicadores Emocionais (Tabela 20), ficou evidente que o DPD revelou-se como um instrumento que permitiu emergir maior quantidade de indicadores de perturbação emocional, principalmente no grupo hospitalizado.

Considerando a comparação dos dados provenientes da aplicação do DFH nos dois grupos para os Indicadores Maturacionais (Tabela 9) verificou-se que somente o item 11. *pescoço* foi significativamente mais freqüente no grupo de escolares, sendo que, pelos critérios da Koppitz (1973) para as crianças americanas, este item é considerado pouco comum (entre 51,0%-85,0%) para meninos de 7 a 9 anos e esperado ($\geq 86,0\%$) a partir de 10 anos e, para meninas, comum entre os 7 e 8 anos e esperado a partir dos 9 anos. No Brasil, destacam-se três pesquisas de normatização a de Hutz e Antoniazzi (1995), a de Sarti (1999) e a de Rosa (2006). Para Hutz e Antoniazzi (1995) este item é comum em crianças dos 7 aos 10 anos e esperado a partir de 11 anos. Já Sarti (1999) constatou que é comum aos 7 anos e

esperado a partir de 8 anos de idade. Para Rosa (2006), este item foi considerado comum dos 7 aos 9 anos.

Verificou-se ainda, que os itens 1. *cabeça*; 2. *olhos*; 7. *boca*; 10. *cabelo*; 12. *corpo*; 13. *braços*; 14. *braços em duas dimensões* e 27. *roupa 0 ou 1*, tiveram 100% de frequência para os dois grupos, indicando que, no geral, os itens esperados nas faixas etárias estudadas foram contemplados em ambos os grupos. Sarti (1988) encontrou diferenças significativas com prejuízos nos aspectos maturacionais das crianças hospitalizadas em relação às escolares. Já na pesquisa de Ide (2004) não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de crianças hospitalizadas tanto dos grupos entre si, como com o grupo normativo de Sarti. Comparando-se com as pesquisas brasileiras de normatização, para Hutz e Antoniazzi (1995) os itens: 10. *cabelo* e 14. *braços em duas dimensões* são considerados comuns aos 7 anos e esperados a partir de 8 anos; o item 27. *roupa 0 ou 1*, é considerado comum aos 7, 10 e 11 anos e esperado para 8 e 9 anos; os demais itens são esperados para as idades de 7 a 11 anos. Para Sarti (1999), os itens são considerados da seguinte forma: 10. *cabelo*, é esperado para as idades de 7 a 11 anos; item 14. *braços em duas dimensões* é comum para 7 anos e esperado a partir de 8 anos; o item 27. *roupa 0 ou 1*, é comum aos 7, 9 e 11 anos e esperado aos 8, e 10 anos. Na pesquisa de Rosa (2006), os itens 10. *cabelo* e 14. *braços em duas dimensões* foram comuns aos 7 anos e esperados de 8 a 11 anos, os demais são esperados para 7 a 11 anos. Os itens 1. *cabeça*; 2. *olhos*; 7. *boca*; 12. *corpo* e 13. *braços* são esperados para 7 a 11 anos nas pesquisas destes autores.

A análise dos resultados dos Indicadores Maturacionais para o DPD nos dois grupos (Tabela 11) revelou de forma significativa que cinco itens foram mais representados nos desenhos dos escolares do que nos hospitalizados mostrando para o primeiro grupo um melhor nível maturacional. Pelos critérios de Koppitz (1973) com as crianças americanas verificou-se: item 3. *pupilas*, é pouco comum (16,0%-50,0%) para meninos dos 7 aos 8 anos e comum a partir de 9 anos e, para as meninas, comum a partir de 7 anos; item 11. *pescoço* é comum para meninos de 7 a 9 anos e esperado a partir de 10 anos e, para as meninas, comum de 7 a 8 anos e esperado a partir de 9 anos; item 17. *cotovelo*, excepcional ($\leq 15,0\%$) para

meninos dos 7 aos 9 anos e pouco comum a partir de 10 anos e, para meninas, excepcional de 7 a 8 anos e pouco comum a partir de 9 anos; item 28. *roupa 2 ou 3*, pouco comum para meninos e meninas de 7 a 11 anos e item 30. *boas proporções*, pouco comum de 7 a 11 anos para os meninos e, para as meninas, pouco comum entre 7 e 11 anos. Nas pesquisas brasileiras esses itens são considerados pelos autores Hutz e Antoniazzi (1995) como: item 3. *pupilas*, pouco comum de 7 a 9 anos e comum a partir de 10 anos; item 11. *pescoço*, comum dos 7 aos 10 anos e esperado a partir de 11 anos; item 17. *cotovelo*, excepcional de 7 a 11 anos e item 28. *roupa 2 ou 3* pouco comum dos 7 aos 11 anos e item 30. *boas proporções* é esperado do 7 aos 11 anos. Para Sarti (1999): item 3. *pupilas*, pouco comum aos 7 anos e comum a partir de 8 anos; item 11. *pescoço*, comum aos 7 anos e esperado a partir de 8 anos; item 17. *cotovelo*, excepcional de 7 a 11 anos; item 28. *roupa 2 ou 3*, é pouco comum aos 7 anos, comum dos 8 aos 11 anos; item 30. *boas proporções* considerado excepcional de 7 a 11 anos. Rosa (2006) constatou: item 3. *pupilas*, pouco comum aos 7 e 8 anos e comum a partir dos 9 anos; item 11. *pescoço*, pouco comum dos 7 aos 9 anos e esperado a partir de 10 anos; item 17. *cotovelo*, excepcional de 7 a 11 anos; item 28. *roupa 2 ou 3*, pouco comum aos 7 anos e comum a partir de 8 anos e item 30. *boas proporções*, excepcional dos 7 aos 10 anos e pouco comum aos 11 anos. No grupo de escolares de 8 anos Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) obteve para o item 3. *pupilas* é pouco comum, o item 11. *pescoço* é esperado, item 17. *cotovelo* é excepcional, item 28. *roupa 2 ou 3* é pouco comum e o item 30. *boas proporções* é pouco comum.

Destaca-se ainda que os dois grupos representaram com 100% de frequência os itens: 1. *cabeça*, 2. *olhos*, 7. *boca*, que são esperados para 7 a 11 anos, considerando os autores já citados e, o item 27. *roupa 0-1* que tem avaliação diferenciada, conforme já mencionado.

A análise comparativa entre o DFH e o DPD produzidos pelo grupo de escolares (Tabela 14) apontou diferenças significativas apenas em dois itens (item 20. *número correto de dedos* e item 29. *roupa (4 ou +)*), com maior frequência no DFH mostrando maior elaboração nesta produção. O item *número correto de dedos* para Koppitz (1973) é pouco comum para meninos de 7 anos a 10 anos e comum a

partir dos 11 anos e, para as meninas, é pouco comum dos 7 aos 11 anos. Para Hutz e Antoniazzi (1995) é um item pouco comum dos 7 aos 11 anos. Para Sarti (1999) e Rosa (2006), o item é excepcional aos 7 anos e pouco comum dos 8 aos 11 anos e para Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) com escolares de 8 anos este item é pouco comum. Já o item *roupa (4 ou +)*, para Koppitz (1973), é pouco comum para meninos de 7 a 11 anos e, para meninas é considerado excepcional entre 7 e 8 anos, pouco comum entre 9 e 10 anos e comum a partir de 11 anos. Hutz e Antoniazzi (1995) constataram este item como excepcional dos 7 aos 11 anos. Para Sarti (1988), é excepcional aos 7 e 8 anos e pouco comum a partir dos 9 anos e, para Rosa (2006), excepcional dos 7 aos 9 anos e pouco comum a partir de 10 anos. Na pesquisa de Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) este item é excepcional.

Na comparação entre o DFH e o DPD para o grupo de crianças hospitalizadas (Tabela 15) três itens foram mais frequentes no DFH do que no DPD (item 3. *pupilas*; 24. *pés* e 30. *boas proporções*). Desta forma, as crianças hospitalizadas, quando desenharam o DFH demonstraram melhor elaboração nesta produção. Para os itens 3. *pupilas* e 30. *boas proporções*, já foram descritos os resultados das pesquisas de Koppitz (1973) e dos autores brasileiros. O Item 24. *pés*, segundo Koppitz (1973) é esperado para ambos os sexos dos 7 aos 11 anos. Para Hutz e Antoniazzi (1995), Sarti (1999) e Rosa (2006), este item é comum aos 7 anos e esperados a partir dos 8 anos. Para Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) este item é esperado para escolares de 8 anos.

Considerando-se os dados da amostra total na comparação entre DFH e DPD (Tabela 17) verificou-se diferenças significativas com maior incidência dos Indicadores Maturacionais no DFH. Dos itens com diferenças significativas e já descritos anteriormente temos: item 3. *pupilas*; item 20. *número correto de dedos*; item 24. *pés*; item 29. *roupa (4 ou +)*. Os outros dois itens que tiveram diferenças significantes foram: item 18. *mãos* e 25. *pés bidimensionais*. Para Koppitz (1973) o primeiro item é pouco comum aos 7 anos e comum a partir dos 8 anos para os meninos e, para as meninas, comum desde os 7 anos; já o item 25. *pés bidimensionais* é considerado pouco comum dos 7 aos 11 anos em ambos os sexos.

Para Hutz e Antoniazzi (1995) consideraram o item 18. *mãos* é pouco comum dos 7 aos 9 anos e comum a partir dos 10 anos; item 25. *pés bidimensionais* é pouco comum dos 7 aos 8 anos e comum a partir dos 9 anos. Na pesquisa de Sarti (1999), o item 18. *mãos* é pouco comum aos 7 anos e comum a partir dos 8 anos; item 25. *pés bidimensionais* é comum aos 7 anos e esperado a partir dos 8 anos. Para Rosa (2006), o item 18. *mãos* é pouco comum dos 7 aos 9 anos e comum a partir de 10 anos e o item 25. *pés bidimensionais* é comum dos 7 aos 10 anos e esperado com 11 anos. Para Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) os itens 18. *mãos* e 25. *pés bidimensionais* são comuns para escolares de 8 anos.

Percebeu-se também, que de forma geral, os itens 1. *cabeça*, 2. *olhos*, 7. *boca* e 27. *roupa 0-1*, com freqüência de 100% nas Tabelas 14, 15 e 17, se repetem e, em sua maioria, são itens esperados para ambos os sexos dos 7 aos 11 anos pelos autores citados. No grupo escolar na comparação entre o DFH e DPD (Tabela 14), dois itens a mais foram representados com 100% de freqüência: item 13. *braços* e item 14. *braços em duas dimensões*, considerados itens esperados por Koppitz (1973) dos 7 aos 11 anos. Para crianças brasileiras, Hutz e Antoniazzi (1995), Sarti (1999) e Rosa (2006) constataram que o item 13. *braços*, é esperado dos 7 aos 11 anos, e o item 14. *braços em duas dimensões* é comum aos 7 anos e esperado a partir dos 8 anos. Na pesquisa de Lourenção Van Kolck e Van Kolck (1972) os itens 13. *braços* e 14. *braços em duas dimensões* é esperado para escolares de 8 anos. Reforça-se dessa forma, que os escolares apresentaram maior elaboração em suas produções na comparação com o grupo hospitalizado. Esses resultados confirmam os de Sarti (1988) realizados com crianças hospitalizadas.

A comparação dos desenhos em ambos os grupos e na amostra total (Tabelas 19), mostrou que a média do total de Indicadores Maturacionais no grupo escolar foi maior do que no hospitalizado, ou seja, no primeiro grupo houve maior elaboração gráfica em ambos os desenhos, principalmente no DFH. Já os Indicadores Maturacionais para cada desenho entre os grupos (Tabela 21), observou-se diferença significativa somente no DPD, com média mais alta neste desenho para o grupo escolar. Na pesquisa de Sarti (1988) o grupo hospitalizado também apresentou desenhos menos elaborados e maior comprometimento

cognitivo em relação ao grupo controle com médias significativamente mais baixas do nível de maturidade mental na escala de Koppitz (1973) e significativamente mais altas nos Indicadores Emocionais. Todavia, na pesquisa de Lejarraga et al. (1997) no DFH de crianças que sofreram operação intraventricular e crianças sadias avaliadas pelo sistema Goodenough e de Koppitz, não foram constatadas diferenças significativas no quociente intelectual entre os grupos. Ide (2004) também não encontrou diferenças significantes para os Indicadores Maturacionais em sua pesquisa.

Por meio dos inquéritos foi possível obter informações importantes sobre como a criança se percebe e reage à temática da doença. Nos dois grupos, tanto para DFH quanto para DPD, os dados obtidos sobre a idade (Tabela 22) e quem era a pessoa desenhada (Tabela 24) confirmam se tratar do desenho da própria criança e com a sua idade. Conforme bem salientam Machover (1949), Lourenção Van Kolck (1966), Swensen (1971) e Hammer (1989), quando a criança atende à solicitação de “desenhar uma pessoa” está colocando no papel sua imagem corporal. Neste sentido, pode-se entender que as crianças evidenciaram uma imagem corporal condizente com a realidade.

Quanto ao local onde está a pessoa desenhada (Tabela 26), no DFH os dois grupos escolheram situações cotidianas do universo infantil (rua, parque, shopping, escola, entre outros). Contudo, no DPD o grupo de escolares indicou com maior frequência a residência, enquanto o grupo de hospitalizados apontou o ambiente hospitalar, refletindo assim, o contexto presente vivenciado. Dados semelhantes foram encontrados por Bellodi, Romão Jr. e Jacquemin (1997) que, estudando pacientes do grupo pediátrico de uma unidade de diálise, perceberam diferenças nas estórias contadas para as representações da pessoa e da pessoa doente, sendo que, as primeiras estórias relatavam atividades como brincar, estudar e trabalhar, já aquelas relacionadas à pessoa doente apresentavam detalhes relacionados à vivência da doença.

O mesmo pode ser observado em relação ao que está acontecendo com a pessoa do desenho (Tabela 28). Em ambos os grupos no DFH a maioria relatou

situações alegres, felizes e comuns com freqüência maior no grupo escolar do que no hospitalizado. Destaca-se ainda, que no grupo hospitalizado 13% dos sujeitos mencionaram situações ligadas a doenças. Tal dado reporta á questão de quanto a doença invade o cotidiano do paciente, restringindo suas atividades habituais (Lourenção Van Kolck, 1987; Bellodi, Romão Jr. e Jacquemin, 1997). No DPD ambos os grupos relataram situações ou sintomas relacionados a doenças.

Quanto à pergunta relativa ao que irá acontecer com a pessoa no DFH e no DPD (Tabela 30) foram obtidos dados congruentes e complementares aos discutidos anteriormente. No DFH, os dois grupos indicaram com maior freqüência a situação futura ligada às atividades cotidianas (dormir, tomar banho, jantar, entre outros) e de diversão e lazer (passear, festa, comprar coisas, cinema brincar, jogar, se divertir, entre outras). Contudo é importante destacar que no grupo de hospitalizados já foram citados procedimentos médicos (tomar remédio, injeção, fazer exame). Ao observar-se os dados provenientes do DPD percebe-se que o grupo de escolares especifica com maior freqüência situações relacionadas aos cuidados médicos (tomar remédio, injeção, fazer exame), mas também cita com freqüência expressiva atividades cotidianas e não aponta ficar internado ou fazer cirurgia. Já o grupo de hospitalizados, concentra a maior parte das respostas na categoria relativa aos procedimentos médicos e cerca de um terço da amostra faz referência ao ficar internado ou fazer cirurgia.

Quanto às respostas sobre o tipo de doença ou parte doente (Tabela 32) observa-se que o grupo de escolares, com maior freqüência mostrou doenças ou sintomas comuns na infância (resfriado, tosse, dor de dente, catapora, dor garganta, entre outras), já os hospitalizados relataram doenças específicas de partes do corpo ou doenças mais graves (cabeça, pescoço, perna, pé, rim, bronquite, aids, entre outras). Os estudos de Lourenção Van Kolck (1973,1981 e 1987), investigando a doença orgânica e a imagem corporal, permitem afirmar que os sujeitos enfatizam em seus desenhos as áreas e partes do corpo afetadas, expressando os significados e a relação que fazem com a doença.

A análise conjunta dos dados das Tabelas 26, 28, 30 e 32 demonstra que o grupo de hospitalizados ao representar a pessoa doente indica uma doença mais grave quando comparado ao grupo de escolares. As respostas ao inquérito dos desenhos deixam explícitas a necessidade de cuidados médicos mais intensos e, por vezes, a própria internação. Teran (1971) ao estudar crianças com paralisia infantil, concluiu que tais sujeitos projetaram no DFH a configuração física que apresentavam no momento. Desta forma, pode-se entender que, de modo similar, o grupo de hospitalizados projetou no DPD a percepção de seu estado de saúde atual. O mesmo foi percebido na pesquisa realizada por Bellodi, Romão Jr. e Jacquemin (1997) com técnica semelhante. Tal constatação permite considerar que o DPD pode ser um instrumento adequado para avaliação psicológica da criança hospitalizada e auxiliar o psicólogo na determinação do foco de sua intervenção.

Quanto à postura da pessoa desenhada (Tabela 33) foi possível observar que no DFH a totalidade das crianças dos dois grupos representaram a figura em pé. A literatura aponta tal posição como sendo esperada, pois segundo Wallon e Lurçat (1958, apud Lourenção Van Kolck, 1966) e Hammer (1989) o desenho automatizado pela criança é o do homem em pé. Já ao realizarem o DPD o grupo hospitalizado representou com maior freqüência a figura deitada. Tal resultado é similar aos dados da pesquisa de Bellodi, Romão Jr. e Jacquemin (1997) que observaram uma queda da qualidade formal entre os desenhos do DFH e do DPD, sendo que, perceberam com maior freqüência uma postura passiva e sem energia no desenho da pessoa doente. Hammer (1989) comenta que o desenho de uma figura sentada ou reclinada representa um baixo nível de energia, falta de ânimo ou exaustão emocional. Tal posição pode ainda ser devido à necessidade de fazer uma representação mais realista, uma vez que os doentes ficam na cama.

No que se refere aos itens complementares, aqui entendidos como sendo a representação de elementos diferenciados que se relacionam com os conceitos de saúde, doença e hospitalização, pode-se constatar que no DFH (Tabela 34) não ocorreu nenhuma diferença significativa na comparação entre os grupos. Destaca-se ainda, que o item 9. *felicidade* apresentou freqüência de cerca de 72% para o grupo escolares e 68% para o grupo hospitalizados. De acordo com a revisão bibliográfica

realizado por Swensen (1971), os desenhos de pacientes normais apresentam em maior número expressão de felicidade, quando comparados com sujeitos neuróticos, esquizofrênicos e lesionados cerebrais.

Os trabalhos de Nuvoli et al. (1989), Fávero e Salim (1995) e Marrach e Kahhle (2003) consideram a expressão de felicidade como sendo um elemento associado à saúde. Contudo, Klepsch e Logie (1984) afirmam que as crianças também podem desenhar expressões de felicidade apenas para agradar o examinador. É importante ressaltar ainda, que no grupo de crianças hospitalizadas apareceram no DFH os itens 2. *representação do ambiente hospitalar* (5%), 3. *inclusão de objetos de procedimentos hospitalares* (8%) e 5. *inclusão de personagem do ambiente hospitalar* (7%). Mesmo não havendo diferenças estatisticamente significantes, percebe-se que o contexto hospitalar aparece como um ambiente pertencente ao seu cotidiano, o mesmo foi encontrado nas histórias relatadas pelas crianças na pesquisa de Bellodi, Romão Jr. e Jacquemin (1997), na qual ficou evidente o quanto a doença invade a vida do paciente. Tal fato pode ainda estar relacionado à questão sinalizada por Eiser (1992) na qual chama atenção sobre a doença crônica e a restrição no convívio social e familiar, uma vez que as internações passam a ser constantes no dia-a-dia da criança doente.

Para a comparação dos grupos no DPD (Tabela 35), os resultados relativos aos itens complementares demonstraram que os itens 2. *representação do ambiente hospitalar*, 3. *inclusão de objetos de procedimentos hospitalares*, 7. *restrição de atividade*, 8. *figura debilitada*, 10. *expressão de tristeza* e 11. *expressão de choro/dor* apresentaram diferenças significantes, ou seja, o grupo de hospitalizados representou tais elementos com maior frequência do que o grupo de escolares. O item 9. *expressão de felicidade* também apresentou diferença significativa, contudo, foi o grupo de escolares que o representou com maior frequência. É interessante notar que os itens 2. *representação do ambiente hospitalar*, que apareceu no grupo de escolares com 18% e no grupo de hospitalizados com 75%, e 7. *restrição de atividade*, com frequências 25% e 73 % respectivamente, aponta que o grupo de hospitalizados representou doenças mais limitantes ou que necessitam de procedimentos que vão além do repouso ou cuidados caseiros.

Koppitz (1973) destaca em seu trabalho o caráter aterrorizante dos procedimentos médicos para a criança pequena e afirma que, muitas vezes, nem o apoio dos pais e do médico amenizam tal sentimento. Os dados aqui coletados demonstram que para o grupo de crianças hospitalizadas o adoecer debilita e até mesmo mutila a pessoa doente (8. *figura debilitada* = 55%), causa tristeza (47%) e dor (37%). As pesquisas de Fávero e Salim (1995) e Marrach e Kahhle (2003) encontraram resultados semelhantes, visto que, a representação da doença apareceu associada à deformidade e restrição física, aos sentimentos de tristeza e de abandono.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de aspectos cognitivos e emocionais por meio do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa Doente, considerando-se os Indicadores Emocionais e Maturacionais de Koppitz (1973), revelou um comprometimento maior, tanto emocional, quanto maturacional, nos desenhos produzidos pelas crianças hospitalizadas, em comparação às escolares.

Para o grupo de crianças hospitalizadas foram encontradas diferenças significantes no DFH em indicadores emocionais de timidez, insegurança, retraimento e inadequação. Na produção do DPD, além da ocorrência de um aumento no número de indicadores emocionais, encontrou-se diferenças significantes para agressividade, instabilidade, impulsividade e, novamente, inadequação, timidez e insegurança.

A análise comparativa entre o DFH e o DPD apresentou para o grupo de escolares, diferenças significantes para os indicadores emocionais de agressividade e ansiedade. No grupo de hospitalizados observou-se diferenças significativas para os indicadores emocionais de agressividade, instabilidade, impulsividade, ansiedade, inadequação, timidez e insegurança. Para ambos os grupos, o DPD apresentou maior nível de comprometimento. Dados semelhantes foram encontrados para a amostra total.

Tais dados permitem concluir que, no tocante à análise dos Indicadores Emocionais, segundo os critérios de Koppitz (1973), que a aplicação do DPD mostra-se como uma técnica adequada para avaliar a percepção da criança hospitalizada em relação à sua doença e à internação, podendo-se investigar possíveis sinais indicadores de conflitos e/ou dificuldades.

Quanto aos Indicadores Maturacionais foram observadas diferenças significantes entre os dois grupos, sendo que as médias obtidas pelos escolares superaram as médias do grupo dos hospitalizados, tanto no DFH, quanto no DPD.

Para os dois grupos e também para a amostra total, o DFH apresentou uma produção mais elaborada, em comparação ao DPD mostrando um melhor nível maturacional.

As demais avaliações realizadas por meio do inquérito e considerando-se os itens complementares permitiram observar que em ambas as produções, a imagem corporal representada nos desenhos está de acordo com a realidade dos sujeitos. Observou-se ainda que ao desenhar o DPD as crianças hospitalizadas representaram sua percepção sobre seu estado de saúde atual e expressaram de forma significativa o quanto a doença invade e compromete o dia-a-dia cotidiano, proporcionando a queda do nível de energia, a exaustão emocional, tristeza e dor.

Ao finalizar este estudo seria importante destacar alguns pontos que deverão ser considerados em novas pesquisas sobre este tema em relação a algumas variáveis que não puderam ser controladas neste trabalho.

No caso da amostra de crianças hospitalizadas o tempo de internação, tipos de doenças, histórico e número de internações são fatores que podem ter influenciado nos resultados, uma vez que, a vivência anterior, a gravidade do quadro clínico ou do órgão afetado, bem como, a cronicidade ou não da doença são fatores que podem ter intensificado a experiência da hospitalização. Além disso, sugere-se que possam ser realizadas pesquisas específicas com cada faixa etária em razão das diferenças nas avaliações dos Indicadores Emocionais e Maturacionais, conforme proposta de Koppitz (1973).

Outros aspectos a serem considerados referem-se ao controle na aplicação dos desenhos. Devido ao contexto e as limitações da criança hospitalizada (deitada no leito, uso de soro preso ao braço, entre outros), a realização dos desenhos não foi efetuada em uma mesa e sim com o auxílio de uma prancheta, fato este que pode ter comprometido a qualidade dos mesmos.

Considerando-se os dados aqui levantados pode-se concluir que a técnica do Desenho da Pessoa Doente constitui um instrumento de avaliação da criança

hospitalizada que pode possibilitar ao psicólogo hospitalar a obtenção de dados complementares sobre a compreensão desta em relação ao seu quadro clínico e as eventuais emoções suscitadas pelo mesmo.

Destaca-se ainda a necessidade de estudos complementares dada a relevância e complexidade de todas as questões que envolvem a avaliação psicológica no contexto hospitalar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa sobre representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6, 103-127.
- Almeida, F.A. (2005). Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: A criança com câncer no hospital. *Boletim de Psicologia*, LIV (123), 149-167.
- Alves, I.C.B. (1979). *O Teste Goodenough-Harris em uma população pré-escolar paulistana*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Alves, I.C.B. (1986). *O Desenho da Casa: Evolução e possibilidades diagnósticas*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, M.R.R. (1979). *Indicadores maturacionais e emocionais de Koppitz para os testes de Bender e do desenho da figura humana em crianças de dois níveis socioeconômicos*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Angerami-Camon, V.A. (Org.). (1984). *Psicologia hospitalar: Atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço Editora.
- Angerami-Camon, V.A. (2002). *Psicologia hospitalar: Teoria e prática*. São Paulo: Ed. Pioneira Thonsom.

- Arteche, X.A. (2006). *Indicadores Emocionais do Desenho da Figura Humana: construção e validação de uma escala infantil*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Azevedo, M.A.S.B. (2003). A criança obesa: Um estudo exploratório da personalidade através do Desenho da Figura Humana e dos Indicadores Emocionais de Koppitz. *Boletim de Psicologia*, *LIII* (118), 49-72.
- Ballas, Y.G. (2005). *O Desenho da Figura Humana em adolescentes portadores de Diabetes Mellitus em comparação com adolescentes sadios*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barus-Michel, J. (2003). Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. In: T. Aiello-Vaisberg e F.F. Ambrosio (Org.), *Cadernos Ser e Fazer: Trajetos de sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido*. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Belar, C.D. & Deardorff, W.W. (1995). Clinical health Psychology assessment. In: C. D. Belar & W. W. Deardorff, *Medical settings: A practitioner's guidebook*, p. 1-11, APA: Washington.
- Bellodi, P.L.; Romão Jr., J.E. & Jacquemin, A. (1997). Crianças em diálise: Estudo das características de personalidade através de técnicas projetivas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *19* (2), 132-137.
- Borges, M.V. (1981). Privação de cuidados maternos nos primeiros anos de vida: Conceituação e observação em uma situação hospitalar. *Revista da Faculdade de Saúde do Estado de São Paulo*, *XXVI* (9), 79-91.
- Cafiero, P.J. (2002). El uso de la figura humana en un paciente con asimetría corporal. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *100* (3), 271-272.

- Capitão, C.G.; Scortegagna, S.A. & Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 73-74.
- Cariola, T.C. & Sá, A.E.F. (1987). Aspectos comparativos entre crianças “normais” e crianças portadoras de fissuras lábio-palatais através dos Indicadores Emocionais de Koppitz no Desenho da Figura Humana. *Pediatria Moderna*, XXII (9), 308-325.
- Carvalho, A.M. & Begnis J.G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 109-117.
- Celli, A. (1978). *Sinais de ansiedade nos Desenhos da Figura Humana de crianças surdas e de crianças normais*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Coutinho, M.P.L. (2000). *Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cox, V.M. & Hodsoll, J. (2000). Children’s diachronic thinking in relation to developmental changes in their drawing of the human figure. *British Journal of Developmental Psychology*, 18, 13-24.
- Cox, V.M. & Maynard, S. (1998). The human figure drawing of children with Down syndrome. *British Journal of Development Psychology*, 16, 133-137.
- Dias, R.R.; Baptista, M.N. & Baptista, A.S.D. (2003). Enfermaria pediátrica: avaliação e intervenção. In: M.N. Baptista. & R.R. Dias. (Org.), *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicação e casos clínicos*. (pp. 53-73). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Eiser, C. (1992). Psychological consequences of chronic disease in children. *International Review of Health Psychology*, 1, 145-165.

- Fábregas, M.N. (1999). *Imagem corporal em pacientes com um quadro psicossomático*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fávero, M.H. & Salim, C.M.R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 11 (3), 181-191.
- Freeman, R. (1993). Drawing: Public instrument of representation. In: C. Pratt & A.F. Garton (Eds.), *Systems of representation in children*. (pp. 113-131). Chichester: Wiley & Sons.
- Gonzaga, M.L.C. & Arruda, E.N. (1998). Fontes e significados do cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 6 (5), 17-26.
- Goodenough, F. (1965). *Test de Inteligência Infantil, por medio del dibujo de la figura humana*. Manual. (5ª. ed.). Buenos Aires, Paidós. (Original publicado em 1926).
- Hammer, E.F. (1989). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. (E.Nick, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1980).
- Hernandez, J.A.E.; Rocherfort, A.V.; Neto, B.T.; Sarmiento, C.S.B.L.; Feijó, L.M.S.; Nunes, M.A.S & Curra, S.M. (1995). Indicadores Emocionais no Desenho da Figura Humana de crianças abusadas sexualmente. *Aletheia*, 1 (12), 43-52.
- Huerta, E.P.N. (1990). Brinquedo no hospital. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 24 (3), 319-328.
- Hutz, C.S. & Antoniazzi, S. (1995). O desenvolvimento do Desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: Normas para avaliação. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 8 (1), 3-18.

- Hutz, C.S. & Bandeira, D.R. (1993). Tendências contemporâneas no uso de testes: uma análise da literatura brasileira e internacional. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 6, 85-101.
- Ide, L.O. (2004). *Avaliação dos aspectos cognitivo e emocional da criança hospitalizada segundo Koppitz*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco, Itatiba.
- Ives, S.W. (1984). The development of expressivity in drawing. *British Journal of Educational Psychology*, 54, 152-159.
- Joiner, T.; Schimidt, K. & Barnett, J. (1996). Size, detail, and line heaviness in children's drawings as correlates of emotional distress: (More) negative evidence. *Journal of Personality Assessment*, 67, 127-141.
- Klepsch, M. & Logie, L. (1984). *Crianças desenham e comunicam: uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana*. (J.A. Cunha, trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Koppitz, E.M. (1973). *El Dibujo de La Figura Humana em los niños: Evaluación psicológica*. Buenos Aires: Guadalupe. (Original publicado em 1968).
- Lejarraga, H.; Zandrino, M.V.; Amadi, A.; Laura, J. C. & Mouratian, M. (1997). Secuelas emocionales y psicosociales en niños operados de comunicación interventricular. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 95 (4), 246-256.
- Lima, R.A.G.; Rocha, S.M.M. & Scochi, C.G.S. (1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (2), 33-39.
- Lourenção Van Kolck, O. (1966). Sobre a técnica do Desenho da Figura Humana na exploração da personalidade. Estudos de adolescentes de centros urbanos. *Boletim 293, Psicologia Educacional*, 7, 79-96.

- Lourenção Van Kolck, O. (1971). Índices de ansiedade e de distúrbios emocionais e escalas de desenvolvimento no Desenho da Figura Humana. *Boletim de Psicologia*, 23 (62), 45-64.
- Lourenção Van Kolck, O. (1972). Desenho da Figura Humana em casos especiais. *Boletim de Psicologia*, XXIV (64), 89-121.
- Lourenção Van Kolck, O. (1973). Sinais de ansiedade e de distúrbios emocionais no Desenho da Figura Humana de crianças. Tentativa de validação. *Boletim de Psicologia*, XXV (65), 11-45.
- Lourenção Van Kolck, O. (1981). Os desenhos no assessoramento psicológico das cardiopatias. *Boletim de Psicologia*, XXXIII (81), 82-93.
- Lourenção Van Kolck, O. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Lourenção Van Kolck, O. (1987). A doença e a imagem corporal: campo fértil de pesquisas. *Boletim de Psicologia*, XXXVII (87), 46-48.
- Lourenção Van Kolck, O. & Jaehn, S.M. (1990). O Desenho da Figura Humana de crianças com distúrbios de linguagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 2 (3), 41-44.
- Lourenção Van Kolck, O. & Van Kolck, T. (1972). Análise de itens de Desenhos da Figura Humana de um grupo de crianças de oito anos de idade. *Boletim de Psicologia*, XXIV (64), 43-57.
- Lowenfeld, V. (1976). *A criança e a sua arte: Um guia para orientação de pais*. São Paulo: Mestre Jou.
- Lowenfeld, V. & Brittain, L.W. (1972). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapelusz.

- Machover, K. (1949). *Personality projection in the Drawing of a Human Figure*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Marrach, L.A.F. & Kahhle, E.M.P. (2003). Saúde e doença: o que pensam e sentem as crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 13 (2), 73-84.
- Matarazzo, E.B. (1984). *Psicoterapia na Infância: Uma nova técnica*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu.
- Minayo, M.S. (1998). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Novaes, L.H.V.S. (1997). Um novo paradigma para um novo pediatra. *Revista Pediatria Moderna*, XXXIII (5), 33-47.
- Nuvoli, G.; Maioli, M.; F. Ferrari, C.; Pala, G. & Chiaretti, G. (1989). Diabetes and illness image: An analysis of diabetic early-adolescents self-perception through the Draw-A-Person test. *Psychological Reports*, 65, 83-93.
- Oliveira, G.F.; Dantas, F.D.C. & Fonseca, P.N. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7 (2), 3-12.
- Oliveira, H. (1993). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 326-332.
- Oliveira, S.S.G.; Dias, M.G.B.B. & Rossi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 1-13.

- Olivero, M.E.C. & Palacios, C.V.K. (1985). Test "pareja educativa". El objeto de aprendizaje como medio para detectar la relación vincular latente, *Aprendizaje Hoy*, VI (10), 46-64.
- Picard, D. & Vinter, A. (1999). Representational flexibility in children's drawing effects of age and verbal instructions. *British Journal of Developmental Psychology*, 17, 605-622.
- Riethmiller, J.R. & Handler, L. (1997). Problematic methods and unwarranted conclusions in DAP research: suggestions for improved research procedures. *Journal of Personality Assessment*, 69 (3), 459-475.
- Rosa, H.R. (2006). *Teste Goodenough-Harris e indicadores maturacionais de Koppitz para o Desenho da Figura Humana: Estudo normativo para crianças de São Paulo*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sarti, M.H.C. (1988). *A criança hospitalizada: Contribuição do Desenho da Figura Humana para avaliação de seu estado emocional*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sarti, M.H.C. (1999). *Estudo normativo dos itens evolutivos e indicadores emocionais de Koppitz e índices de ansiedade de Handler em Desenhos da Figura Humana de escolares de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Sayil, M. (1996). Preschool children's understanding and drawing of facial expressions of emotions. *Journal of Child and Adolescents: Mental Health*, 4, 129-133.
- Sayil, M. (2001). Children's drawings of emotional faces. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 493-505.

- Siegel, S. (1975). *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill. (Original publicado em 1956).
- Silva, C.C. & Ribeiro, N.R.R. (2000). Percepções da criança acerca do cuidado recebido durante a hospitalização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 311-323.
- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2003). Preparação da criança hospitalizada para procedimentos médicos. *Anais II Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: Corpo e (In) satisfação*, 5-26.
- Souza, S.V.; Camargo, D. & Bulgacov, Y.L.M. (2003). Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 101-109.
- Swensen, C.H. (1971). Evaluaciones empíricas de dibujos de la figura humana. In: Edwin Megargee, *Métrica de la personalidad*. (vol II, pp. 61-106). Trillas. México.
- Teran, V.M. (1971). El Test de la Figura Humana en niños con parálisis infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 26, 57-74.
- Torres, W.C. (1999). Hospital: Desafios rumo ao próximo milênio. *Revista Psicologia Argumento*, 17 (25), 53-60
- Trinca, W. (Org.). (1997). *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. & Tardivo, L.S.L.P.C. (2000). Desenvolvimento do Procedimento Desenho-Estórias. In: J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Valladares, A.C.A. (2003). *Arteterapia com crianças hospitalizadas*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Valladares A.C.A. & Carvalho, A.M.P. (2006). Promoção de habilidades gráficas no contexto da hospitalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 8 (1),128-133. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/orig_16.htm
- Veríssimo, M.O.R. (1991). A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 25 (2), 153-168.
- Vilches, S.G.; Yáñez, A.R. & Gonzales, M.I.Z. (1996). Temores del niño a la hospitalización. *Horizonte de Enfermería*, 7 (1), 30-5.
- Waehler, C.A. (1997). Drawing bridges between science and practice. *Journal of Personality Assesment*, 69 (3), 482-487.
- Wechsler, S.M. (1996). *O Desenho da Figura Humana: Avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil. Manual para crianças brasileiras*. Campinas: Edibrial Psy.
- Wechsler, S.M. (2003). Avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil pelo Desenho da Figura Humana. *Boletim de Psicologia*, LIII (119), 161-174.
- Wechsler, S.M. & Schelini, P.W. (2002). Validade do Desenho da Figura Humana para avaliação cognitiva. *Avaliação Psicológica*, 1 (1), 47-65.
- West, A.R. (1976). Bringing the hospital to preschoolers: Teaching young children about hospital and health care. *Childrens Today*, 5 (2), 16-19.
- Winnicott, D.W. (1984). *Consultas terapêuticas em Psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

Witter, G.P. (1996). Pesquisa científica e nível de significância. *Estudos de Psicologia*, 13 (1), 55-63.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tema: O Desenho da Figura Humana e o Desenho da Pessoa Doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas

Prezados Participantes,

Estamos realizando um trabalho de pesquisa com o objetivo de fazer um estudo de Avaliação Psicológica com crianças hospitalizadas através do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa Doente em comparação com crianças escolares. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo, bem como a sua identificação pessoal. Caso concorde em participar como voluntário (a) da pesquisa, sob responsabilidade do mestrando Prof. Paulo Gonçalves de Freitas do curso de pós-graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, sob orientação da Profa. Dra. Irai Cristina Boccatto Alves

Assinando o Termo de Consentimento, estou ciente de que:

Meus dados pessoais e de meu filho serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, assim exposto, cujos dados poderão ser publicados em periódicos científicos;

Os procedimentos aplicados não oferecem riscos à integridade moral, física ou mental;

Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;

Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário pelo telefone

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável;

Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.

Eu, _____, R.G. _____, residente à _____, na cidade de _____ UF _____, telefone () _____ e responsável pelo menor _____ dou meu consentimento livre e esclarecido para que este participe como voluntário do projeto de pesquisa supracitado.

São Paulo, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do responsável pela criança

Paulo Gonçalves de Freitas