



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**A FIGURA HUMANA:
COMPARAÇÃO ENTRE CRIANÇAS SAUDÁVEIS
E CRIANÇAS COM CANCRO**

JOANA SERRA CARDOSO

Orientador de Dissertação:

MESTRE JAIME COELHO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

MESTRE JAIME COELHO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia Clínica



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**A FIGURA HUMANA:
COMPARAÇÃO ENTRE CRIANÇAS SAUDÁVEIS
E CRIANÇAS COM CANCRO**

JOANA SERRA CARDOSO

Orientador de Dissertação:

MESTRE JAIME COELHO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

MESTRE JAIME COELHO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Mestre Jaime Coelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 Setembro, 2006.

Agradecimentos

Finalmente.

Ao Papá, á Mamã e á Vóvó.

À minha família. Sem ela eu nunca teria existido.

Aos que partiram. Para que eu pudesse nascer.

À minha Inês. Á sua paciência eterna e amizade inquestionável. “Celebrate we will...”

À minha companheira de biblioteca, de tese e de parvoíces, Olivais.

Aos meus amigos. A todos eles.

Ao meu Amante. Por tudo.

Aos loucos, felizes e nostálgicos anos de estudante. Que não mais voltarão.

Ás tunas, às bandas...

... e a todos os que me acompanharam nesta bela viagem desde o início.

Ao Mestre Jaime Coelho.

Obrigada.

Resumo

É sabido que a taxa populacional com cancro tem vindo a aumentar mediante a passagem dos tempos, porém a cada dia que passa, dão-se avanços tecnológicos e medicinais para o combate e erradicação desta doença que não escolhe idades, géneros ou etnias.

O cancro infantil é a doença mais mortífera entre as crianças, mas é também nesta área que existem as melhores e mais completas técnicas de combate e terapias que fazem com que, actualmente, a maior parte destes cancros não sejam fatais.

Podemos afirmar que este é um processo marcante que deixará sequelas físicas e psicológicas desde o diagnóstico inicial até ao desenlace da doença. As sequelas serão sentidas maioritariamente não só apenas pela criança mas também pela sua família mais próxima.

Partindo do princípio que o desenho expressa a personalidade emotiva do seu autor (Di Leo, 1983), utilizámos o Teste do Desenho da Figura Humana de Goodenough como instrumento para aceder a este tipo de informação. Para tal, efectuámos um estudo quantitativo no qual comparámos 6 desenhos da figura humana de crianças saudáveis com 6 desenhos da figura humana de crianças com cancro.

Contrariamente ao que era esperado, os resultados que obtemos revelaram-nos de um modo geral, que as crianças com cancro investiram mais na execução do seu desenho comparativamente com as crianças saudáveis, não demonstrando á partida uma auto-imagem danificada.

Palavras-chave: Cancro infantil, projecção, desenho infantil, teste da figura humana de Goodenough.

Abstract

It is known that cancer ratings are increasing in worldwide populations, however, everyday new medical and technological approaches are developed to eradicate this particular disease that doesn't chooses ages, genders or ethnies.

Pediatric cancer is the deadliest disease among children, but is also in this area that we can find the most developed and advanced techniques in therapies and ways to fight back this disease. Thanks to these advances, most of childhood cancers aren't fatal anymore.

No doubt that this is a powerful and remarkable situation that will leave in the child physical and psychological sequellae from the early diagnosis until the end of the process, whichever might the consequences be. These sequellae will be felt not only by the child, but also by her closest family.

Assuming that children's drawings express the emotional personality of its author (Di Leo, 1983), we used Goodenough's Draw a Man Test as an instrument to access to this sort of information. In order to do so, we realized a quantitative study in which we compared 6 drawings of the human figure of healthy children with 6 drawings of the human figure of children with cancer.

Oppositely to what we thought that we would find, the results we observed, revealed in general, that the children with cancer have invested more in the execution of their task comparably to the healthy children, not demonstrating, at this point, a damaged self image.

Key-words: Child cancer, projection, children's drawings, Goodenough's Human Figure Test.

Índice

Introdução	1
O Cancro	2
Etiologia	2
O cancro na criança	5
Manifestações clínicas e sequelas	7
A família da crianças com cancro	10
O cancro infantil em Portugal	14
O desenho infantil	17
Enquadramento histórico	17
O desenho como expressão e projecção da criança	18
O desenho da figura humana	25
Formulação do problema	28
Método	29
Participantes	29
Procedimento	30
Instrumento	31
Análise dos dados	34
Resultados e discussão	34
Referências bibliográficas	38
ANEXOS	40
Anexo A: Folha de cotação	40
Anexo B: Cotações Grupo I	41
Anexo C: Cotações Grupo II	53
Anexo D: Tabelas	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores dos itens obedecido	65
Tabela 2 – Comparação entre géneros dos valores obtidos	65

Introdução

O cancro, a doença tratada neste estudo, noutros tempos seria categorizada como sendo uma doença terminal, contudo, devido á evolução médica e tecnológica é considerada actualmente como sendo uma doença crónica uma vez que o paciente poderá atingir uma longevidade considerável, ou até mesmo recuperar completamente (Barros, 1999).

Como veremos mais adiante neste estudo, esta é uma doença que afecta directamente todo um conjunto de factores na vida física e psíquica da criança, onde podemos incluir a sua vivência social, familiar e mais importante, a vivência de si própria.

O confronto diário com o diagnóstico, os métodos terapêuticos dolorosos e invasivos, a separação familiar implicada na hospitalização prolongada, as alterações físicas provocadas pelos tratamentos, todos estes agentes vão facultar á criança experiências aversivas que a marcarão de uma forma profunda e prolongada, por vezes, mesmo após a vitória sobre a doença.

O desenho é uma actividade que permite á criança exteriorizar através do processo projectivo, o modo como se vê e também como encara o seu papel no seio social e familiar, bem como as relações que estabelece com este meio que a rodeia. O desenho expressa aspectos cognitivos e emocionais (Di leo, 1983).

É neste sentido que o nosso estudo se vai direccionar, na medida em que vai procurar se existem ou não diferenças entre os grupos, na execução dos itens preconizados por Goodenough. O desenho liberta. O desenho revela o que não se quer ou não se consegue revelar. Cada desenho é uma obra única e pessoal, é uma prova que há algo mais que o aparente.

O Cancro

Etiologia

Nas duas últimas décadas assistiu-se a um aumento da incidência de cancro a nível mundial independentemente dos grupos etários (Steinherz & Simone 1998).

O cancro gera-se nas células. Seguindo a sua “programação” natural as células crescem e dividem-se formando células novas para substituírem as velhas que morrem. A este processo denomina-se apoptose, derivada do grego *apoptosis*, folhas caídas (Holland, 1998).

O cancro surge quando este funcionamento é corrompido após a mutação de genes das células saudáveis. Devido a esta mutação as células serão incapazes de proceder ao seu funcionamento normal de multiplicação controlada perdendo assim a capacidade de iniciar a apoptose (Holland, 1998).

Consequentemente temos o crescimento descontrolado de novas células que o corpo não necessita, as células velhas não morrem, não se dá a apoptose, fazendo com que se forme uma massa de células agregadas a qual designamos de tumor. Ainda assim, Holland (1998), refere que em praticamente todos os tipos de células cancerígenas existe um pequeno caminho potencial para que se possa dar a apoptose, contudo ainda não foram concebidas técnicas que desvendem este caminho. Actualmente a maior parte das investigações insurgem sobre esta matéria uma vez que se avizinha como sendo uma boa solução para o extermínio de células cancerígenas no organismo.

Estas células não se restringem apenas a um local anatómico e crescem continuamente. A sua expansão pelo organismo do indivíduo faz-se através dos vasos sanguíneos e sistema linfático, sendo que é através desta trajecto que estas células “viajam” e se podem ou não instalar nos órgãos do corpo formando novos tumores (Holland, 1998). A estes tumores secundários chamamos metástases, da palavra grega *metastatis* que significa transferência, mudança de lugar.

Os órgãos mais susceptíveis de acolherem estas células alteradas são o fígado, nódulos linfáticos, pulmões, cérebro e ossos.

Contudo, é de salientar que nem todos os tumores são malignos. Estes podem colocar muitas das vezes a vida do sujeito em risco uma vez que metastizam com facilidade. São estes, os cancerígenos, que acarretam todos os processos complexos e dolorosos das terapias de combate ao cancro.

Os tumores malignos por outro lado raramente põem a vida do individuo em risco, sendo que não metastizam e por vezes antes de serem removidos cirurgicamente podem regredir.

Actualmente ainda são desconhecidas as razões exactas que causam o aparecimento e desenvolvimento de cancros tanto em crianças como em adultos, contudo sabe-se que há uma quantidade de factores de risco que isoladamente, ou em conjunto uns com os outros, poderão facilitar este acontecimento.

Na literatura revista este tema foi apenas abordado por Steinherz e Simone. Recorremos então também a pesquisas na Internet em sites especialistas nestas matérias. No site do Info Cancro, um site especializado nos mais variados assuntos relacionados com a doença, são sumariamente apontados como possíveis factores potenciais de cancro em grande parte, os factores apontados pelos autores supra citados.

Temos então como principais factores para que se dê o aparecimento de cancro, a predisposição genética, hábitos sociais tais como a ingestão de bebidas alcoólicas ou tabaco, uma dieta pobre aliada a falta de desporto e sedentarismo, o envelhecimento, ingestão de determinados medicamentos, exposição a determinados químicos e tipos de radiação e por fim, a presença de certos vírus no sistema do individuo.

Factores como a predisposição genética, infelizmente nunca poderão ser evitados ou contornados, contudo é possível prevenir os restantes.

Os hábitos sociais são provavelmente os mais fáceis de evitar. Em Portugal, por ano, morrem cerca de 3100 sujeitos com cancro do pulmão. Embora seja um cancro que afecta os indivíduos não fumadores, este é um tipo de cancro que uma maior incidência sobre a população fumadora. Os fumadores são alvos potenciais de cancro do esófago, garganta, rins, entre outros. O risco de cancro aumenta exponencialmente se o indivíduo for também um consumidor de bebidas alcoólicas.

O sedentarismo e uma dieta alimentar incorrecta também podem potenciar o aparecimento de cancro do cólon do útero, próstata ou mama.

Envelhecimento é um dos factores mais importantes no desenvolvimento de cancro.

O envelhecimento das células podem despoletar o funcionamento anormal referido anteriormente. A maioria dos cancros surge após os 65 anos, daí a importância extrema que deve ser dada á prevenção.

Os últimos três factores enumerados carecem de especial importância pois estão presentes no nosso dia-a-dia e dificilmente são contornáveis.

Químicos tais como o amianto, benzeno, ácidos entre outros são altamente cancerígenos e muitos sujeitos, por razões profissionais, estão expostos a estes agentes, como por exemplo, pintores, construtores civis, industriais, entre outros, o que faz deste grupo um grupo de risco.

Também certos tipos de medicamentos podem aumentar o risco de contrair cancro, por exemplo medicamentos para disfunções hepáticas ou para controlo da esquizofrenia, enquanto que outros, tomados pelas mães em fase de gestação, poderão potencializar o aparecimento de cancros no bebé (Steinherz & Simone 1998).

Sabemos também que a radiação é um factor contribuinte para o aparecimento e desenvolvimento de cancros. A história mostrou-nos bem os efeitos da radiação após os bombardeamentos da II Guerra Mundial ou no desastre nuclear em Chernobyl. As consequências foram desastrosas.

Certos procedimentos médicos tais como os raio-X, os TAC ou radioterapias, apresentam risco, embora baixo, para os técnicos de saúde que têm que lidar diariamente com estes processos, daí ser importante para o técnico e para os pacientes o uso de protecções sob as áreas em não tratamento ou análise.

Por fim, são conhecidos certos tipos de vírus que, embora sejam erradicados do sistema do indivíduo, estes podem potencializar o risco de contrair futuros cancros. Entre os vírus mais conhecidos temos os vírus da hepatite B e C, vírus do papiloma humano e vírus de HIV.

O Cancro na Criança

Devido á tomada de várias medidas de imunização contra doenças infecto contagiosas através de vacinas e antibióticos, o cancro assume-se como sendo a doença responsável pela maior taxa de mortalidade infantil (Steinherz & Simone 1998).

Apesar de, comparativamente com os adultos, a incidência de cancro ser menor nas crianças, foi nesta população que, nos últimos 40 anos, se deu a maioria dos avanços médicos concebendo e implementando novas de terapias de combate contra o cancro. Muitos dos grandes avanços atingidos no tratamento de crianças contribuíram em grande parte para a compreensão do funcionamento de cancros em adultos (Steinherz & Simone 1998).

Como veremos adiante também a família tem um papel fulcral no sucesso da cura da criança. Uma vez que a família funciona como um refúgio para que a criança se possa fortificar animicamente e psicologicamente para a situação que ultrapassa, podemos afirmar que a adopção de estratégias de coping positivas são em grande parte fornecidas pela família desta, seja colectiva ou individualmente (Sourkes & Proulx, 2000).

Partindo do princípio que a criança oncológica e a sua família formam um núcleo interactivo entre si e com o ambiente, as famílias coesas que sustentam a criança contribuem em grande parte para o melhor ambiente físico e psicológico da criança durante todo o processo clínico (Hill & Stuber, 1998).

Os tipos de cancro infantil diferenciam-se em muito dos tipos de cancro nos adultos, não só pela sua génese, tipo de tecidos e etiologia. Localizam-se em partes do corpo diferentes e tendem também a responder de uma forma mais adequada ás terapias sendo que apresentam um maior índice de cura.

Actualmente, com a existência de terapias intensivas, centros especializados em reabilitação e de toda uma equipa médica preparada especialmente para estas situações, é possível curar grande parte das crianças (Hammond, 1986; Bleyer, 1993, in Steinherz & Simone).

Embora não exista uma explicação científica e concreta para tal, caso ocorra o mesmo tipo de cancro numa criança e num adulto, a criança terá á partida um “prognóstico mais favorável” (Miller, 1988 citado por Steinherz e Simone, p. 887). Uma vez que a resposta á

quimioterapia é bastante mais favorável nas crianças em relação aos adultos, efeitos colaterais do tratamento tais como diabetes ou falhas cardíacas são também mais raras nas crianças, o que permite que estas suportem terapias mais agressivas, aumentando assim exponencialmente a taxa de sucesso de ultrapassagem da doença.

Esta particularidade poder-se-á dever ao facto de o corpo dum indivíduo jovem ter mais capacidade de regeneração celular e por conseguinte ter mais capacidade de tolerar e ultrapassar terapias intensivas.

Os tipos de cancro mais comuns nas crianças são os carcinomas, linfomas, leucemias e tumores cerebrais, diferindo portanto, consideravelmente, dos tipos de cancro nos adultos. As causas do seu aparecimento também diferem entre si, uma vez que certos tipos de cancro podem ser contraídos ainda durante o período de gestação devido a actos de negligência tais como a utilização de drogas ou medicamentos.

Factores tais como a genética, a congenitalidade e a familiaridade mostraram-se igualmente determinantes no aparecimento do cancro infantil. Raramente se desenvolvem leucemias em grupos familiares, contudo as hipóteses aumentam consideravelmente se houver consanguinidade parental. Também há uma incidência maior de leucemia linfóide aguda em gémeos monozigóticos, especialmente nos primeiros anos de vida (Steinherz & Simone 1998).

Cada tipo de tumor, ou neoplasia, desenvolve-se seguindo geralmente um padrão de idade, género e etnia. Por exemplo, tanto a leucemia como o tumor de Wilm (a nível renal) ou neuroblastomas, tendem a aparecer na idade pré-escolar, tumores ósseos tendem a aparecer no início da adolescência e tumores cerebrais podem aparecer ao longo da infância em ambos os géneros.

È também referido num estudo estatístico efectuado por Gurney, Severson, Davis e Robinson (1995, in Walch, Ahles & Saykin, 2000) sobre a incidência anual de cancro nos Estados Unidos da América, que a incidência anual de cancro nos rapazes difere das raparigas, isto é, 141 casos masculinos por 1 milhão de crianças enquanto que do lado feminino, em média, os valores andariam por volta dos 125 casos por milhão. No mesmo estudo conclui-se também entre a idade dos 2-4 anos não há aparecimento de leucemia em

indivíduos afro-americanos e no geral a incidência desta doença é inferior comparativamente com indivíduos de raça branca.

Também a forma da criança vivenciar a situação oncológica varia com a idade. A bibliografia revista pouco abordou sobre este tema, sendo que apenas em Hill e Stuber se encontraram referências a este tópico. Concluem então, que a idade com a qual a criança recebe o diagnóstico e efectua os tratamentos vai influenciar o nível de preocupação desta.

Aparentemente, crianças com idade inferior a 6 anos apresentarão futuramente menos sintomas de stress pós-traumático comparativamente com crianças das idades posteriores, e embora não haja ainda registo do porquê desta diferença, tal atribui-se ao facto da criança mais jovem ainda não ter capacidade de processar completamente todo o decurso complicado desde o diagnóstico ao desenvolvimento de todo o processo bem como as consequências que poderão daí advir.

É por volta dos 6 anos de idade que a criança desenvolve um repertório de capacidades psíquicas que lhe permitam compreender melhor a natureza da sua doença (Soukes & Proulx, 2000). É o modo como a criança experiencia esta situação, expressa as suas angústias, preocupações e medos perante a situação que influencia directamente o modo como esta vai viver esta nova fase da sua vida. É comum que a criança se sinta desorientada e assustada com o facto de não conseguir prever o que virá, gera-se então um misto de tristeza, solidão, angústia de separação e vergonha.

Manifestações clínicas e sequelas

Por vezes certos sintomas de cancro podem ser facilmente confundidos com outras potenciais doenças menos preocupantes, é importante então que o clínico ponha em consideração todas as hipóteses de diagnóstico, aumentando assim as hipóteses de sucesso, e que em caso de doença crónica se possa aumentar a esperança de vida. No caso das crianças, estas nem sempre conseguem verbalizar o que sentem nem onde sentem. Seja dor ou incómodo, são estas as razões pelas quais é importante estar alerta a vários comportamentos ou sintomas fora do normal, tal como cambalear ou sangrar frequentemente. Estes últimos poderão ser sintomas dum possível cancro ósseo ou leucemia.

Uma vez oficializado o diagnóstico de cancro é importante agir rápida e adequadamente de modo a evitar intervenções inapropriadas ou em ultimo caso, perda de oportunidade de cura. A criança deve então ser encaminhada mais rapidamente possível para um serviço especialista em tratamento de cancro infantil, munido de técnicas e equipas oncológicas especializadas.

Os vários tipos de terapia bem como a sua duração têm que ser adequados especialmente a cada tipo de cancro, sua extensão e prognóstico pois uma terapia agressiva poderá debilitar o sistema imunológico do paciente, enquanto que uma fraca demais poderá não surtir os efeitos desejados ou acabar por danificar outros órgãos (Steinherz & Simone 1998).

Para otimizar a taxa de sucesso do combate á doença o oncologista pediatra deve juntar uma equipa especializada para o efeito composta normalmente por um cirurgião pediatra, enfermeiros, radiologistas e radioterapeutas bem como com psicólogos e assistentes sociais (Steinherz & Simone 1998).

Estes últimos serão muito importantes não só para o acompanhamento da criança bem como dos familiares próximos desta esclarecendo-lhes dúvidas e mantendo a harmonia entre a criança e os pares. E como nesta fase a escola e o ambiente escolar são a principal fonte das relações sociais, é de elevada importância que a criança não seja privada deste ambiente para evitar o isolamento social da criança (Die-Trill & Stuber, 1998). Os professores bem como todos os elementos da autoridade escolar devem ser informados sobre a situação actual da criança, para que se possa preparar o seu regresso.

Apesar da situação da criança ser delicada, o professor deve evitar actos de super protecção, deve incluir a criança em todas as actividades e tarefas escolares, e principalmente deve ser imparcial tratando o aluno com cancro como trata outro aluno qualquer da sua turma. De modo a evitar a perda de matéria escolar e também para a criança se sentir incluída no processo educacional e não se desactualize, os colegas bem como os professores deverão providenciar alternativas para que o aluno aceda aos conteúdos escolares, tais como por exemplo, partilha de apontamentos ou gravação de aulas.

É importante então que a criança continue a frequentar a escola uma vez que os tratamentos não o impeçam, pois esta detém um papel importante na reabilitação da criança e por vezes durante o tratamento a criança pode desenvolver fobias e ansiedades para com esta (Die-Trill & Stuber, 1998).

A infância, é a fase na qual se adquirem a maior parte das competências e conceitos que serviram ao sujeito para posteriormente ser e se relacionar com o meio. Ora, uma criança que passa por todo este processo clínico é exposta a factores externos e internos extremamente dolorosos, abruptos e violentos durante esta delicada fase. Devido às hospitalizações frequentes, á separação da família, procedimentos clínicos dolorosos a criança poderá eventualmente vir a carecer a nível do desenvolvimento das suas competências (Silva, Pires, Gonçalves & Moura 2002; Soukes & Proulx, 2000).

Crianças muito jovens, que ainda não tenham a capacidade da compreensão da doença e dos procedimentos que esta implica, poderão ficar afectadas futuramente a nível do seu poder para estabelecer relações sociais e pessoais.

A criança enfrenta, a partir do momento que lhe é feito o diagnóstico, períodos extremamente assustadores cheios de incertezas e de desconhecido em que é obrigada a coexistir diariamente com pessoas estranhas, é sujeitada a métodos clínicos extremamente invasivos e dolorosos tais como, a quimioterapia, radioterapia ou até cirurgias, vê-se restringida do ponto de vista alimentar e acima de tudo vê-se de repente afastado de todo o seu meio social e familiar, de tudo o que conhece (Silva, Pires, Gonçalves & Moura 2002).

Estes métodos terapêuticos apesar de ajudarem no combate ao cancro deixam na criança um conjunto de sequelas físicas e psicológicas agudas. Stress pós-traumático e dificuldades de adaptação serão observadas durante e após o tratamento, especialmente nas crianças sobreviventes.

Walch, Ahles e Saykin (2000), referem um conjunto de sequelas neuropsicológicas e cognitivas relacionadas com os tratamentos em pacientes sobreviventes de tumores cerebrais e de leucemia. Nos tumores cerebrais estas derivam especialmente de tratamentos de radioterapia direccionados ao sistema nervoso central tal bem como á localização e tamanho do tumor, e podem afectar negativamente o desenvolvimento intelectual e por consequência o desempenho escolar. Pode afectar igualmente a função sensório-motora, pode fazer com que a

criança desenvolva dificuldades a nível psicológico e emocional fazendo com que demonstre dificuldade em se relacionar com os outros, pode também gerar défices de atenção.

Os tratamentos para a leucemia tanto a médio como a longo prazo podem deixar as mesmas sequelas anteriormente referidas com a agravante que nestes pacientes pode-se ainda poder vir a verificar prejuízos do foro neuropsicológico tal como necrose cerebral ou epilepsia. Também devido á radiação de certos tecidos é possível que ocorram algumas falhas de crescimento ou hormonais, para ambos os sexos poderá surgir a problemática da infertilidade (Steinherz & Simone, 1998).

È usual que a criança desenvolva preconceitos com ela mesma, toda a sua imagem corporal física e mental se altera e mesmo após os tratamentos a criança demonstrará sintomas de stress pós-traumático (Hill & Stuber, 1998). A aparência física alterada é uma constatação óbvia da sua doença e a criança sentir-se-á diferente de todos os seus pares devido a tal.

Devido á perda de peso considerável provocado pelas náuseas, vómitos e anemia induzidos pela terapia, a figura torna-se frágil e fraca, a textura e cor da pele altera-se, poderão surgir dificuldades na locomoção, sendo que será necessário de recorrer a métodos alternativos de deslocamento como cadeiras de rodas, macas, etc. Em certos casos poderão haver cicatrizes devido a cirurgias ou ate mesmo amputações (Die-Trill & Stuber, 1998). Um dos efeitos secundários mais comuns será alopecia, a queda total de pêlos e cabelos de todo o corpo.

O facto de recearem que o seu corpo jamais retorne á sua “forma original”, o medo de não serem reconhecidos pelos seus pares, e no caso do sexo feminino, o receio é que sejam confundidas com o sexo oposto, devido á perda de cabelo (Die-Trill & Stuber, 1998) vão se traduzir em medos e ansiedades que promoverão isolamento e uma muito pobre auto-estima .

A Família da criança com cancro

O impacto do cancro vai para além da criança, daí investigadores se começarem a preocupar em estudar os mecanismos de adaptação e de coping dos familiares destas crianças, é a família inteira que adoce e não só a criança diagnosticada. (Hill & Stuber, 1998; Steinherz & Simone 1998; Sourkes & Proulx, 2000). Vários estudos foram efectuados

incidindo sobre a família em conjunto enquanto que outros fizeram uma abordagem diferente estudando os pais e os irmãos em separado, contudo este é um tema que ainda carece de muita investigação e trabalho empírico (Hill & Stuber, 1998).

É sempre importante ter presente a ideia que durante todo este processo há uma grande interdependência entre a criança e a família, e mesmo durante os tratamentos é fulcral para ambos que o dia-a-dia de ambos decorra da maneira mais normal e natural possível. O impacto emocional do diagnóstico da doença oncológica pode ser tão amplo para a criança como para a família (Santo, Ribeiro & Lopes, 2003), e neste âmbito fará todo o sentido a família e a criança serem vistos como um todo unificado.

Sourkes e Proulx defendem que a adaptação familiar ao cancro na criança é permitida devido á presença de certas condições, são estas o status socioeconómico, o tipo de funcionamento e estrutura familiar, o facto de haver ou não um bom envolvimento com a comunidade e a família e por fim é importante o facto que os elementos principais sejam psicologicamente sãos. A terapia familiar deve-se então tornar imperativa de modo a que esta possa ser utilizada como base fortalecedora e reparadora funcionamento familiar, pois é importante para todos que esta seja coesa de modo a que consiga suportar todas as dificuldades que advenham do processo da criança.

Os problemas familiares mais comuns nestas famílias são os problemas financeiros, aumento de stress, alterações negativas na coesão familiar e o medo crescente acerca das hipóteses de sobrevivência do elemento doente (Hill & Stuber, 1998). A necessidade de readaptações constantes ás condições pelas quais a criança passa durante o seu percurso clínico, são sempre repentinas e por vezes inesperadas, aumentando assim o grau de impotência e desespero dos familiares mais próximos (Silva, Pires, Gonçalves & Moura 2002).

Pode acontecer que com o passar do tempo as relações entre os pais se deteriorem devido a uma retracção de cada um para dentro de si próprio numa busca inconsciente de protecção, pois não será fácil viver com este tipo de situação. Muitos pais referem que uma das piores consequencias do cancro infantil é o facto de se viver constantemente na incerteza do que poderá acontecer durante todo o processo (Soukes & Proulx, 2000).

No caso de haver irmãos dever-se-á tomar atenção especial a estes também. Deve-se ter o cuidado, se estes tiverem idade suficiente, de os incluir em toda a acção familiar inerente ao desenvolvimento do processo da criança com cancro (Steinherz & Simone, 1998).

Nos poucos estudos que se efectuaram com os irmãos destas crianças observaram-se geralmente comportamentos dicotómicos. Por vezes alguns irmãos apresentavam alterações negativas a nível emocional e comportamental tornando-se mais vulneráveis e necessitados de atenção, mas por outro lado observaram-se também resultados positivos na medida em que pais relataram um aumento de maturidade e independência nestas crianças (Hill & Stuber, 1998).

Sourkes e Proulx apontam-nos também o facto de que estes irmãos também se podem sentir ressentidos com a atenção extra de que o irmão carece, se sentindo contudo culpados pelo facto de serem saudáveis. Os temas predominantes que emergem nesta relação entre irmãos são o ressentimento/raiva e também a preocupação/protecção.

Esta dicotomia de sentimentos pode talvez ser justificada pelo facto desta ser uma situação forte e complicada que surgirá sempre precocemente e de forma fulminante. As mudanças familiares a nível de actividades e estruturas, a perda de atenção por parte dos pais, o medo constante da morte tornam-se para estes grandes factores de ansiedade. O facto de verem as alterações físicas dramáticas pelas quais o irmão ou irmã passam ajuda-os a perceber a gravidade da doença, e por vezes pode fazer com que esta criança desenvolva inclusive sintomas somáticos devido á ansiedade gerada a volta da sua própria saúde. Como consequência de todos estes factores pode igualmente ocorrer algum isolamento social e quebra de rendimento escolar (Die-Trill & Stuber 1998), com repercursões na imagem de si mesmo e na auto-estima.

Medo, culpa e raiva são três características muito presentes nos pais destas crianças; o medo da perda, a culpa de se sentirem responsáveis pela condição do filho e a raiva provocada pela impotência face á situação.

É importante que o técnico responsável pela criança durante todo o processo clínico deixe bem claro aos pais desta que nada que estes tenham feito contribuiu para a condição do seu filho e que a única maneira destes poderem amenizar a circunstância dolorosa é colaborando activamente com a equipa técnica durante o percurso clínico deste (Steinherz &

Simone, 1998), e é muito importante que os pais destas crianças estejam o mais informados possível sobre as condições presentes e futuras do seu filho.

Um estudo efectuado por Hoekstra-Weebers (2000) revela que pais e mães de crianças com cancro acompanhados pela equipa de oncologia pediátrica usual aliada a um programa de intervenção estruturado de intervenção especializado, demonstram ao fim de 6 meses de intervenção menos ansiedades e expressam menos emoções negativas, que pais a seguirem a intervenção apenas com a equipa oncológica rotineira.

A maior parte dos estudos efectuados a familiares de crianças diagnosticadas com cancro apenas incidem sobre os processos de coping no momento do diagnóstico e durante o tratamento ou após a morte desta. À medida que se vão explorando outros campos desta área verificou-se a possibilidade de surgirem sintomas de Stress Pós-Traumático nos pais destas crianças. O medo contínuo de perda do filho mesmo após o tratamento bem sucedido é um forte sintoma de tal (Hoekstra-Weebers, Jaspers, Klip & Kamps, 2000).

Este risco de S.P.T deve-se em grande parte ao facto dos pais serem confrontados com a possível morte dos seus filhos, a partir do momento do diagnóstico, e com o facto de viverem com a criança a doença bem como os tratamentos agressivos a que esta é exposta. As estadias prolongadas no hospital, a mudança ríspida e repentina das rotinas familiares, os constantes procedimentos invasivos aos quais a criança é submetida, todos estes factores são de extrema agressividade para a criança e para a sua família, perturbando tanto o ambiente físico como psicológico de ambos.

Hill e Stuber fazem uma breve referência a dois estudos que demonstram esta mesma ideia. Num deles, efectuado por Stuber, Christakis e Houskamp (1996), foram inquiridos 64 sobreviventes de leucemia infantil e seus respectivos pais, onde 39.7% das mães e 33.3% dos pais revelaram sintomas severos de stress pós-traumático até 5 anos depois da finalização e sucesso do tratamento. O outro estudo feito por Kazak, Barakat e Meeske mostrou que pais de crianças com cancro já solucionado, comparativamente com pais de crianças saudáveis, apresentam mais sintomas de stress pós-traumático que o grupo controlo.

Por outro lado Hill e Stuber referem também que há resultados de estudos efectuados com as famílias de crianças oncológicas que comprovam exactamente o contrário do acima afirmado: é possível a família experienciar uma coesão forte e sólida onde se torna possível

uma maior partilha emocional, ambos positivos para a ajuda na atenuação da tensão provocada pela situação.

Em todos os processos de diagnóstico, prognóstico e tratamentos inerentes á situação da criança oncológica, deve pairar um ambiente de confiança transmitido pela equipa técnica e é de máxima importância que a informação face a todos os dados da criança seja transmitida aos pais de forma clara e concisa, uma vez que a partir da fase do diagnóstico de cancro a maior parte dos pais se encontram num estado de stress e choque permanente, não permitindo uma boa compreensão de todas as acções tomadas (Steinherz & Simone, 1998).

O Cancro Infantil em Portugal

Neste breve capítulo pretendemos fazer uma abordagem da realidade do cancro infantil em Portugal, ou pelo menos fazer uma breve referencia uma vez que consideramos o tópico interessante para o nosso trabalho de investigação.

Devido a questões éticas e burocráticas tornou-se muito complicado o trabalho de pesquisa nesta área, muitas das entidades importantes nesta área mostraram-se pouco cooperativas com os processos de investigação daí a dificuldade acrescida na realização empírica do trabalho. Nesta questão este problema encontrou-se novamente.

Os únicos dados que encontrámos referentes a estatísticas de cancro infantil em Portugal foi num breve estudo referido pela Dra. Lucília Norton e pela Dra. Maria José Bento concernente a dados recolhidos pelo registo oncológico do Norte, RORENO.

Para além deste núcleo de registos oncológico existem mais dois em Portugal: o RORCENTRO situado no centro de Portugal e RORSUL, situado no sul deste.

Os dados analisados do RORENO referem-se a indivíduos com idade inferior a 15 anos entre 1999 e 2003. Consoante a análise dos dados referidos conclui-se que o cancro é a terceira causa de morte entre crianças e adolescentes sendo que a primeira serão vários tipos de acidentes. A confirmar a literatura revista, temos o sexo masculino como sendo o sexo mais afectado com o aparecimento de cancro, temos portanto 161 novos casos por ano por cada milhão de rapazes, enquanto que nas raparigas surgem por ano 135 casos por milhão de raparigas.

Registrou-se então em média o aparecimento de 148 novos casos por ano. Os dados europeus relativos ao intervalo anual considerado revelaram em média 141 novos aparecimentos de cancro por cada milhão de crianças, não havendo assim portanto uma diferença significativa entre estudos.

Em relação á incidência de determinados cancros por faixa etária temos então, dos 0 aos 4 anos temos uma predominância de neuroblastomas enquanto que os cancros predominantes na faixa etária dos 5 aos 14 anos são os linfomas. É entre os 10 e os 14 anos que há a maior incidência de tumores ósseos.

Por fim, concordante com toda a literatura temos como cancros predominantes desta faixa etária (0-14) a leucemia e os tumores do sistema nervoso central.

Devido a exaustas investigações, criação de novas técnicas de terapias e devido a um maior investimento em relação á qualidade de tratamento do paciente com cancro, como já vimos, o cancro infantil é o tipo de cancro com maior taxa de recuperações bem sucedidas.

Como já foi referido anteriormente pela autora do presente trabalho, esta taxa de sucesso poder-se-á dever não só aos avanços técnicos de combate a esta doença, mas também á própria faixa etária desta população, que sendo mais jovem, contém características orgânicas que lhe permite enfrentar de uma maneira mais sólida e resistente o combate contra o cancro e todas as situações adversas que lhe estão implícitas.

Estes dados vêm demonstrar que se está a ganhar terreno no combate a esta doença. A taxa de sobrevivência global mediana aos 5 anos para o conjunto de cancros pediátricos foi de 78% enquanto que nos lactentes a taxa de sucesso ronda os 100%. Como já foi referido, o prognóstico da criança com cancro varia com a idade em que se faz o diagnostico, bem como o tipo de cancro ou o tipo de intervenção que se adopte (Steinherz & Simone 1998).

De um modo geral podemos organizar de um modo decrescente as taxas de cura dos tipos de cancro mais vulgares nas crianças. Com uma taxa de sucesso de 96% de sucesso temos os linfomas, seguidos pela leucemia com uma taxa de cura de 78%. Em terceiro lugar temos os neuroblastomas com uma taxa de cura de 73% e por fim os tumores do sistema nervoso central com 69% de taxa de sucesso.

Comparativamente com os valores medianos europeus podemos considerar as nossas taxas de sucesso significativamente positivas, uma vez que apenas a cura de retinoblastomas e tumores renais se encontra abaixo da média europeia.

Baseados nestes valores obtidos na população do Norte de Portugal, Norton e Bento estimam que em 2010 a taxa de sobrevivência global seja de 85%, ou seja, que dentro de dois anos a taxa aumente em 6 %.

O Desenho Infantil

Enquadramento histórico

Em 1887 que foi realizado o primeiro trabalho de relevância sobre o desenho infantil como meio de expressão. Ricci, proveniente da cidade de Bolonha, debruçou-se neste tema estudando os vários estágios da representação da figura humana concentrando-se nos aspectos estéticos e na evolução da cor. Em 1893 na Califórnia, Barnés estuda mais de 6.000 crianças entre os 6 e os 15 anos numa tentativa de analisar a psicologia da criança através do desenho (Campos, 2005).

Em 1950, na sua publicação de obras revistas, Naville (França) compila 404 artigos e livros de datas compreendidas entre 1880 e 1949 enquanto que apenas 12 anos mais tarde já em 1962, Renée Stora acrescenta mais de 400 novas referências de obras elaboradas entre 1950 e 1960. Verifica-se então uma grande evolução no tema a nível literário, não contando com filmes e exposições alusivos ao tema bem como o desenvolvimento de técnicas plásticas nas creches, jardins-de-infância e escolas (Widlocher, 1965).

Coelho (1993) considera que, ao longo dos tempos, a maior parte dos estudos sobre o desenho infantil incidiram em duas perspectivas distintas: o estudo do desenho visto da perspectiva do desenvolvimento, em que são estudadas as características gráficas do desenho dum ponto de vista da sua evolução consoante as idades e o estudo deste da perspectiva projectiva que considera as características implícitas no desenho como sendo manifestações directas das estruturas e funcionamentos psíquicos do indivíduo. Poder-se-á dizer que o presente trabalho insere-se nesta ultima referida.

O desenho é um acto de tal maneira livre e natural que é normal que seja utilizado pelos psicólogos como meio de comunicação das as crianças de modo a saber o que é que as preocupa e perturba. Estes são considerados como o “reflexo directo do estado mental da criança.” (cit. Cox, 1995, p. 99).

Entre os testes deste género mais comuns encontramos o Teste da Casa-Árvore-Pessoa, a Folha de Prudhommeau, o Teste da Figura Humana de Koppitz, Teste da Figura Humana de Machover e o Teste da Figura Humana de Florence Goodenough.

O desenho como expressão e projecção da criança

O desenho é um método de expressão livre, é como um teste de personalidade, de fácil aplicação, que nos ajuda a aceder e compreender o mundo interno da criança, através dos seus elementos formais bem como através dos seus conteúdos latentes e manifestos. Tudo é importante desde o início da concepção até ao fim.

Atribui-se importância á ordem pela qual os elementos são elaborados, ao modo como a criança dá cor ao desenho, aos comentários feitos, e mais do que ás formas desenhadas atribui-se maior importância aos conteúdos expressos. Este é um instrumento que permite á criança exteriorizar através do processo projectivo, o modo como se vê e também como encara o seu papel no seio social e familiar, bem como as relações que estabelece com este meio que a rodeia.

Tanto na criança como no adulto a curiosidade funciona como o veículo principal para a evolução e conseqüente aprendizagem. A exploração psicológica e espacial que daí advém tornam-se então em utensílios indispensáveis para a sobrevivência humana. As mãos são o veículo por excelência da exploração e criação material.

A criança integra mentalmente as representações de conceitos e utiliza as suas funções motoras para a sua execução. O desenho nada mais é, dum forma simplificada, que uma expressão gráfica destes conceitos. É a vontade e a necessidade que esta sente em se afirmar no mundo físico e real que vai iniciar o aparecimento e desenvolvimento da fala e posteriormente das primeiras garatuñas.

O desenho permite á criança verbalizar o “inverbalizável”, ajuda a aceder e compreender o seu mundo interno através dos seus elementos formais bem como através dos seus conteúdos latentes e manifestos. É uma chave de acesso directo ao desconhecido, ao mais profundo de cada um de nós. O desenho torna visível o invisível e suporta o insuportável.

“A criança toma consciência da realidade e tem a oportunidade de fazer tudo aquilo que imagina.” (Andrea, 2005, p.11)

Tal como uma imagem ilustra uma ideia expressa num livro, o desenho da criança, ilustra-nos a sua vivência psíquica, mostra-nos a sua história recriada pela configuração das suas representações mentais. (Widlocher, 1965).

Entre os vários métodos de análise psicológica, os testes ou baterias projectivas são os que mais interesse suscitam no método clínico em psicologia. Estes possibilitam o acesso directo e conciso ás estruturas internas reguladoras do indivíduo (Anzieu, 1978).

As técnicas projectivas gráficas são definidas por Trinca (1987) como sendo as técnicas projectivas que não exigem o uso da fala para que se dê a comunicação e sim desenhos e grafismos dirigidos ou espontâneos. Tais técnicas poderão ser utilizadas quando há dificuldades de expressão oral ou quando se achar que a expressão gráfica é mais enriquecedora que a expressão oral. (Stern, 1967, in Trinca, 1987).

O desenho é, para Widlocher (1965), implicitamente um produto da nossa civilização industrial uma vez que já se notaram influências na evolução a nível gráfico desde o uso das primeiras aguarelas até ao uso dos lápis de cor actuais. Note-se que antigamente as crianças não dispunham de nada mais que pedras e areia para fazer os seus desenhos, não possibilitando um estudo posterior. São os meios que a criança dispõe para fazer o desenho que contribuem para a evolução deste.

Levy (1959, in Trinca, 1987) advoga que o desenho tem a capacidade de expressar símbolos de processos conscientes bem como símbolos provenientes de processos inconscientes, reforçando a ideia já anteriormente referida que é a de que o desenho para além de ser um veículo directo revelador da imagem corporal e da realidade do sujeito, é também revelador do seu auto conceito, do mundo e da realidade interna do eu, do modo como o eu se situa no mundo, do modo como é visto e vê este mundo, do modo como se relaciona com o meio.

O desenho consegue a prodígio de “verbalizar” o “inverbalizável” e é esta ideia o pilar fundamental que no qual assenta a importância e validade da análise do desenho infantil como teste de personalidade. A existência de uma correlação positiva entre as características da personalidade do desenhador com as características gráficas latentes do desenho é defendida

por Trinca (1987), daí podemos afirmar que todos os desenhos possuem um significado simbólico e permitem o conhecimento padronizado dum indivíduo baseando-se no estilo das suas obras.

Von Kolck (1984, in Peres, 2002), preconiza que os sentimentos a respeito do corpo, são proporcionais aos sentimentos sobre o eu, isto é, a criança vivencia a sua imagem corporal de acordo com os conceitos internos da sua própria imagem e não de acordo com os padrões reais desta.

É-nos referido também por este autor que também os traços gráficos, e naturalmente projectivos, de cada desenho da figura humana têm nada mais do que por base o conceito de imagem corporal individual tornando-se este num veículo para a revelação da personalidade do sujeito, ou seja, a imagem corporal é projectada no desenho reflectindo conseqüentemente o conceito de si mesmo além de expressar as diferentes representações internas do indivíduo.

Podemos referir vários estudos efectuados ao longo dos tempos comprovativos deste conceito.

Em exemplo, num estudo efectuado por Almeida e colaboradores (2002) com um grupo de mulheres, pretendia-se verificar as diferenças na auto imagem destas entre dois grupos, 30 de mulheres morbidamente obesas e 30 não obesas, através da análise do desenho a figura humana.

Os grupos apresentaram diferenças significativas em relação á qualidade do grafismo predominando o sentimento de inadequação, auto-depreciação e distorção da imagem corporal por parte do grupo das mulheres obesas. Com efeito, através do desenho da figura humana, concluiu-se que este grupo mostrou dificuldades em expressar simbolicamente a sua imagem e vivência corporal indicando a presença de sentimentos de inferioridade, descontentamento e preocupações com o corpo e a beleza.

Peres (2002), na cidade de São Paulo, realizou um estudo com o objectivo de investigar aspectos da personalidade e das peculiaridades psicológicas dos andarilhos de estrada através do desenho da figura humana. Os andarilhos ou trecheiros são indivíduos nómadas que vagueiam pelas ruas de São Paulo, levando uma vida solitária e sem destino ou objectivos de vida predefinidos.

Estes sujeitos vivem uma vida baseada no alcoolismo, migração e trabalhos temporários. Na ausência dos trabalhos temporários estes recorrem á mendicidade sem nunca

se manterem no mesmo local por muito tempo. Na sua amostra constituída por 12 sujeitos do sexo masculino, Peres concluiu que os desenhos destes indicavam dificuldades nos contactos sociais, tendência para a solidão, fuga á realidade, timidez e introversão. Os sujeitos apresentam também uma auto imagem corporal desfavorável marcada por sentimentos de depreciação e inadequação bem como dependência de álcool.

Campos (2005), cita no seu livro estudos efectuados por Machover e Bender em que na observação de crianças com alguns handicaps físicos, estes os projectam fortemente no desenho, por exemplo, crianças com deficiências auditivas dão ênfase ás orelhas dos desenhos ou uma criança com a perna mais curta desenha sempre uma figura humana com uma perna mais curta que outra. Concluíram então que este teste não só revelava os aspectos relativos á auto imagem, mas sim também aspectos psicológicos.

Devido á sua fácil aplicabilidade e resultados satisfatórios, o desenho rapidamente se tornou num instrumento privilegiado de avaliação psicológica utilizado também como complemento do TAT ou Rorschach.

Para Campos (2005), a interpretação do desenho como técnica projectiva assenta em oito pressupostos base:

- 1) Utilização dos significados de símbolos da psicanálise e do folclore provenientes dos mitos, fantasias, estudo dos sonhos e outras actividades determinadas pelo inconsciente;
- 2) Experiência clínica com os mecanismos de deslocamento e substituição e também com um extenso grupo de fenómenos patológicos, em particular sintomas de compulsão, obsessão, sintomas fóbicos, estados psicóticos, todos aqueles que se tornam apenas compreensíveis na estrutura conceptual do simbolismo;
- 3) Transformação dos símbolos inconscientes do indivíduo de modo a que emirjam as associações livres;
- 4) Evidência empírica que é demonstrada quando se faz o estudo de caso;
- 5) A abundância do simbolismo inconsciente dos desenhos dos psicóticos;
- 6) As correlações entre as projecções feitas nos desenhos e no quadro clínico consoante as etapas de tratamento;

7) A consistência interna entre o desenho e outros testes projectivos, como a correlação positiva da consistência destes com a consistência da anamnese;

8) Resumidamente, a estrutura interpretativa do desenho como técnica projectiva fundamenta-se em estudos experimentais

Luquet (1987), através do estudo dos desenhos da sua filha, teoriza 4 etapas de desenvolvimento no grafismo infantil, cada um dotado de características próprias e fundamentais para a sua evolução. A sua referência é imprescindível pois, ainda nos tempos que correm estas etapas de desenvolvimento se observam fiéis aquando da sua concepção do início do século. Para as enumerar recorreremos então ás construções de Coelho (1993) baseadas nas de Luquet, compostas por 5 etapas.

Da evolução de uma fase para outra os esquemas gráficos adquiridos não desaparecem, não são anulados, ou seja, são integrados e assim sucessivamente para cada esquema da evolução.

A sequência das etapas do desenvolvimento do desenho são então:

Realismo Fortuito:

Por volta dos 18 meses, ano e meio, até aos 24 meses, a criança parte para a descoberta dos traços no papel e nas imagens que este imprime. A principal característica deste é o objecto tracejante e os seus efeitos.

Surge então primordialmente a etapa do realismo fortuito a posteriori da fase do rabisco, primeira etapa de desenvolvimento gráfico. Este início dá-se porque a criança começa por desenhar traços que, inicialmente começam por não ter qualquer sentido, mas que, posteriormente esta vai atribuir a estes traços aleatórios significados e semelhanças com os objectos reais que observa. Estes primeiros traços são semelhantes á espirale a círculos que se denominam por círculos primordiais.

Realismo Falhado:

O principal conceito desta etapa é o sincretismo, ou seja, são representadas nos desenhos as varias partes do objecto contudo sem respeito pelas suas posições.

Esta etapa inicia-se por volta dos 2 anos e prolonga-se até aos 3. É aqui que se aperfeiçoam os esquemas básicos, as espirais e os círculos primordiais evoluem para o aparecimento de linhas verticais, depois horizontais e por fim linhas paralelas, que como veremos adiante serão um precioso passo evolutivo. O traço gráfico torna-se mais firme, as linhas uniformes e o acto de desenhar torna-se intencional.

Mas apesar de haver este desejo da representação a criança ainda não adquiriu as estruturas que lhe permitirão futuramente poder representar o imaginado de forma reconhecível. Existe então a intenção mas ainda não as possibilidades, há uma falha no propósito.

Mais tarde poderá associar o seu desenho a um objecto conhecido, ou seja, a partir do círculo poderá juntar-lhe apenas dois traços verticais e chamar-lhe um cão. É por volta desta fase que surgem os primeiros desenhos referentes á figura humana (Cox & Parkin, 1986, in Cox, 1995).

Realismo Intelectual:

O principal passo dado entre esta etapa e a anterior é a passagem do sincretismo á capacidade sintética, isto é, a criança passa do desenhar partes desintegradas de um todo ao desenhar de uma forma integrada os componentes do objecto onde por exemplo, a uma cara humana é atribuído uma boca e olhos no ser lugar correspondente. Há uma evidente organização da representação gráfica, uma organização dos elementos no seu conjunto e a capacidade de integração das diversas partes de um todo com respeito ás suas posições.

Esta fase inicia-se por volta dos 3 anos e estende-se até por volta dos 6/7. O realismo intelectual é o desenho das coisas tais como a criança sabe que elas existem. Há uma noção de objecto interno que faz com que a criança desenhe pormenorizadamente tudo o que para si existe num determinado objecto. Há uma aquisição progressiva de todos os esquemas gráficos tais como a linha sinuosa, a cruz, o quadrado, o triângulo e o losango. Estes dois referidos poderão surgir mais tarde.

Estes novos esquemas adquiridos são os que vão permitir que a criança possa representar intencionalmente um modelo interno.

Uma vez que a criança nesta fase desenha o que sabe que existe e o que conhece, e não apenas aquilo que vê, esta fase caracteriza-se por quatro características específicas. São estas a Transparência, o Rebatimento, a Narrativa gráfica e a Mudança de ponto de vista.

A transparência, tal como o conceito indica, está presente quando a criança desenha certos elementos dos objectos que não se vêem, por exemplo, quando uma criança desenha uma casa em que se vêem as pessoas lá dentro como se as paredes fossem transparentes. A transparência reforça a ideia básica desta fase: desenhar o que sabe que existe e não o que se vê directamente. Esta característica começará a desaparecer por volta dos 8-9 anos e, num percurso normal, extinguir-se-á totalmente aos 12 anos.

O rebatimento é quando a criança não respeita os planos reais rebatendo-os de modo a que as partes que ficassem invisíveis devido à perspectiva se tornem visíveis. Temos como exemplo os 4 pés de uma mesa verticais ao corpo. Não há a noção de perspectiva real.

Outra característica desta fase é a mudança de pontos de vista que se caracteriza pelo desenho de um objecto enquadrando neste vários pontos de vista, por exemplo, desenhar uma cara de perfil com os dois olhos, ou um corpo de frente com os pés em perfil.

A última característica desta fase é a narrativa gráfica que se torna então na característica mais importante desta fase, uma vez que é com esta que a representação do desenho passa duma fase estática à fase dinâmica, isto é, é com esta característica que a criança desenvolve a aptidão para narrar acontecimentos sobre o desenho que fez, resume na imagem um conjunto de histórias sobre esta que se passam em momentos diferentes.

É a representação de personagens em interacções diferentes mas em fundo semelhante, género banda desenhada. A criança pode também apresentar a personagem da história em momentos diferentes mas com o mesmo cenário de fundo de modo a enfatizar os diversos momentos diferentes da história.

Todas estas características da etapa do realismo intelectual, bem como as anteriores, vão sendo integradas pelo sujeito à medida da sua evolução, estas vão-se adaptando e “corrigindo” umas às outras de modo a que permita ao sujeito de evoluir na sua representação gráfica podendo então passar para a última etapa deste desenvolvimento: Realismo Visual.

Realismo Visual:

Esta etapa do realismo visual é considerada como a etapa onde se atinge a evolução completa e onde desaparecem as características do estágio anterior previamente integradas. Esta etapa pode começar-se a verificar por volta dos 6 7 anos mas na opinião de vários autores só será solidamente alcançado por volta dos 12 anos (Coelho, 1993).

A principal característica desta fase será então a necessária noção de perspectiva, tendo esta sido possível através da integração interna do rebatimento e das mudanças de ponto de vista. Esta noção de perspectiva prende-se com o facto de a criança ganhar a noção gráfica de profundidade recorrendo á representação de vários planos, sendo que, vai começar a desenhar os objectos como realmente são, na posição real em que estão, e não como a criança os conhece, características integradas na etapa anterior do realismo intelectual.

È nesta base esquematizada por Luquet da divisão em etapas do desenvolvimento gráfico da criança, que se redigiram vários estudos, permitindo a construção de instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil, atribuindo e correlacionando estas etapas de desenvolvimento a fases de maturidade intelectual.

O desenho da Figura Humana

A figura humana é uma das primeiras formas identificáveis desenhada pelas crianças, permanecendo até cerca da idade dos dez anos como um dos seus temas de predilecção no desenho (Maitland, 1895; McCarty, 1924; Märtin, 1939 in Cox, 1995).

Como já foi anteriormente referido, as primeiras representações da figura humana surgem por volta dos três anos de idade (Cox & Parkin, 1986 in Cox, 1995) e como veremos em seguida, as formas iniciais desta serão bem representativas da fase do realismo falhado de Luquet.

A esta imagética inicial da evolução do desenho da figura humana, atribuiu-se por convenção o nome de “girino” e tanto quanto sabemos todas as crianças passam por esta fase (Freeman, 1980, in Cox, 1995), sendo que para algumas destas esta etapa poderá durar alguns dias e para outras poderá durar vários meses (Cox, 1995). Algumas

Este “girino” normalmente compõe-se de um círculo que poderá conter as componentes faciais, apoiado em dois traços verticais, que simbolizarão as pernas (evolução dos círculos primordiais e das espirais para o aparecimento dos primeiros traços rectos). Por vezes poderão estar presentes rabiscos a indicar a presença de cabelos e também mais traços horizontais, conectados á cabeça ou ás pernas, simbolizando os braços – sincretismo.

A partir de alguns estudos efectuados por Cox (1993, 1995) e por Basset (1977, in Cox 1995), concluímos que apesar das crianças desenharem a figura humana incompleta e desorganizada, o seu modelo interno da anatomia humana corresponde ao real, uma vez que estas poderão enumerar características do corpo humano que não são observadas nos seus desenhos.

Contudo, estas imperfeições verificam-se apenas pois a criança ao desenhar, nesta fase, ainda não contem as estruturas que lhe permitam separar as diferentes componentes do corpo para as desenhar, com efeito, ficarão muitas delas por desenhar. Existe a intenção, mas não as possibilidades.

Aos 5 6 anos a criança começa a desenhar o tronco distinto da cabeça, sendo que se pode considerar esta característica como sendo uma das mais marcantes do inicio da evolução do desenho, pois atribuirá automaticamente á figura uma aspecto mais realista representativo da figura humana (Cox, 1995).

Por volta desta idade começam também a acrescentar ao desenho mais partes do corpo, tais como, mãos nas extremidades dos braços e pés nas extremidades das pernas e acrescentam mais detalhes tais como, sobancelhas, botões, sapatos, bolsos sendo que estas aparições se encontram em evolução até cerca os 12 anos de idade (Cox, 1993).

A partir dos seis anos as linhas anteriormente utilizadas para representar as partes do corpo são agora usadas como limites, surge então o traço duplo de modo a que a criança consiga representar de um modo mais realista os braços e as pernas (Koppitz, 1968; Papadakis, 1989 in Cox, 1993).

Normalmente, aos 8 9 anos, a criança começará a tomar mais atenção á forma do tronco e surge a existência dos ombros. Toda a figura se une num único contorno fluído englobando todos os segmentos do corpo. (Cox, 1995). Goodnow (1979) considera que esta mudança é um progresso intelectual e artístico, pois além de nesta fase, ao mesmo tempo que

desenha, a criança já criar a “lista” mental das partes importantes, a criança realiza também o interrelacionamento entre as partes.

Todavia, não nos podemos nunca esquecer que tal como tudo no ser humano, também o desenho infantil sofre a influência do meio e da cultura em que a criança está inserida. O modo como a criança desenha cada elemento da figura poderá ser inventado por si, ou baseado nos desenhos que veja á sua volta, os desenhos dos colegas, desenhos publicitários, em livros de histórias, etc. Certo é, que por exemplo numa turma, um estilo próprio duma criança pode-se propagar de modo a que se torne num estilo próprio daquele grupo de crianças, e assim sucessivamente.

Mas as diferenças maiores encontram-se sobretudo entre continentes sendo que é assinalada uma grande diferença entre as crianças ocidentais e as crianças orientais e africanas. Cox refere Paget (1932) como sendo um dos principais estudiosos desta matéria.

Paget recolheu mais de 60.000 de desenhos de crianças de Africa e Ásia e comparativamente com desenhos de crianças europeias e americanas, constatou grandes diferenças a nível gráfico. As principais diferenças entre estas são o desenho em “palito”, isto é, a figura humana constituída por traços finos rectos, o recurso a formas geométricas triangulares ou quadrangulares, a falta de limites no rosto, em que há representação de boca, olhos nariz mas não contornos de cabeça, e a mais curiosa de todas, as figuras em cadeia, observadas especialmente na Índia em que a figura humana é representada separadamente como constituintes interligados por um “fio” central, como que um, pendente de componentes da figura humana.

Goodenough e Harris (Cox, 1993) através dos seus estudos concluíram que na maior parte dos casos as crianças do sexo feminino começam a incluir detalhes no desenho da figura humana mais cedo que os rapazes. Para tal realizam figuras mais altas que as dos rapazes. Consequentemente, a diferenciação sexual do boneco surge mais cedo no artista feminino sendo que quando o desenho é representativo do sexo feminino. Este tende a ser mais investido, ou seja, a apresentar mais características e componentes representativas do género tais como, joalharia, cabelos compridos, brincos, saias.

Esta tendência também se verifica na introdução das linhas duplas (Willsdson, 1977 in Cox, 1993), uma vez que são as crianças do sexo feminino a serem as primeiras a se socorrerem destas para conferirem mais realismo á figura.

Muitos testes de medição de maturidade intelectual e de personalidade foram baseados na análise da figura humana.

O teste inicial foi o de Teste da Figura Humana de Goodenough, e foi a partir deste que outros psicólogos criaram derivações. As adaptações mais conhecidas são as de Machover, Harris e Koppitz (Cox, 1993).

O sucesso destes testes deve-se ao facto de serem de fácil aplicabilidade e interpretação, sendo que são instrumentos bastante correctos na estimativa do nível de desenvolvimento intelectual da criança (Cox, 1995) bem como são instrumentos válidos para a descoberta da vida intra psíquica da criança.

Contudo, apesar deste tipo de testes serem válidos e reveladores das características internas do indivíduo, estes devem-se sempre fazer de acompanhar de outras técnicas de avaliação para que se possa efectuar um diagnóstico correcto e válido. A projecção no desenho varia de sujeito para sujeito, poderá ser reveladora, vaga ou contraditória (Di Leo 1993).

Formulação do problema

Problema:

“Existirão diferenças significativas nas características do desenho da figura humana entre o grupo de crianças saudáveis e grupo de crianças com cancro? Se existem quais são?”

Partindo do principio que o desenho, na sua forma holística, funcionará como um instrumento projectivo dos medos e angustias da criança, achámos que, para podermos confirmar ou infirmar a nossa hipótese, a aplicação do teste da do Desenho da Figura de Goodenough seria neste caso, o instrumento indicado para tal.

A nossa ideia primordial seria utilizar o teste da Figura Humana de Goodenough numa perspectiva de projecção corporal e verificar se haveria ou não diferenças entre os grupos. Pela literatura revista podemos constatar que a criança oncológica, comparativamente com uma criança saudável da sua idade e do mesmo género, poderá revelar uma auto-imagem projectada no desenho da figura humana mais danificada traduzindo-se talvez, pela supressão de algumas das partes do corpo ou por expressões faciais mais tristes, e por consequência, uma representação da figura humana mais pobre obtendo scores mais baixos.

Para procedermos á análise da figura humana decidimos utilizar os itens componentes do teste de Goodenough não no seu modo tradicional, mas apenas de um modo qualitativo, ou seja, recorreremos á contagem dos 51 itens de modo a verificar se haverá ou não uma correlação significativa na presença das características da figura em cada grupo específico.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é uma amostra homogenea, constituída por 12 crianças de ambos os sexos divididas em dois grupos: Grupo I e Grupo II.

O Grupo I é o nosso grupo controlo, composto por 6 crianças saudáveis com 7 anos de idade sendo que 3 são do feminino e 3 do sexo masculino.

O Grupo II é o nosso grupo de estudo, composto igualmente por 6 crianças com cancro, 3 com diagnóstico de linfoma, 2 com diagnóstico de leucemia, e 1 diagnosticado com neuroblastoma.

Todos os participantes deste grupo têm 7 anos de idade sendo que, igualmente ao grupo anterior, 3 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Todos estes elementos estão em tratamento por rádio e quimioterapia sendo que o mais recente encontra-se em tratamento há 2 meses enquanto que o tratamento mais prolongado estende-se já há 2 anos.

Procedimento

A primeira acção a ser tomada foi o contacto com variadas associações e instituições onde se pudesse proceder á recolha da amostra de sujeitos pertencentes ao Grupo II.

Com efeito foram elaboradas e entregues cartas de consentimento informado bem como declarações escritas de anonimato em relação a informações sobre os sujeitos, contudo todos os pedidos informalmente requeridos foram declinados. A amostra deste grupo terminou por ser obtida com a ajuda de um técnico de saúde. Este apresentou como condições, por razões éticas e burocráticas, ser ele próprio a proceder á recolha da amostra e a conservarmos também o seu anonimato. Não houve qualquer tipo de interacção com as crianças, estabeleceu-se apenas uma data com este para posteriormente passarmos á recolha dos desenhos.

Para o grupo I procedeu-se á recolha numa escola do ensino preparatório. Não houve necessidade de entrega de algum documento de consentimento informado.

Falou-se então com a instituição que nos indicou a professora docente da classe com crianças dentro da nossa idade pretendida. Após este contacto com a professora da classe marcou-se uma breve reunião com esta para se poder marcar uma data para a recolha dos dados em análise. Nesta reunião aproveitou-se para falar um pouco sobre os nossos objectivos de trabalho bem como para se falar um pouco do modo geral do funcionamento destas de crianças e do seu funcionamento enquanto turma.

A recolha dos dados foi conduzida pela autora do presente trabalho através duma aplicação colectiva, uma vez que são apenas as características gráficas que são relevantes para este trabalho.

A recolha dos desenhos do grupo I foi feita numa turma da 3ª classe por isso esta amostra contou com um total de 23 desenhos sendo então posteriormente escolhidos aleatoriamente 3 desenhos de sujeitos do sexo feminino e 3 desenhos do sexo masculino, para que a amostra pudesse ser homogénea com a do Grupo II. Foi dado a cada criança um lápis de carvão, uma folha em branco não rasurada e a respectiva instrução “Desenhem uma figura duma pessoa. Façam como quiserem e demrem o tempo que precisarem”.

Mostraram-se bastante motivados e receptivos para a tarefa. Foram variadas as perguntas feitas sobre o que poderiam ou não acrescentar ao desenho, deste modo, e para evitar enviesamentos foi sempre respondido “faz como quiseres”.

Posteriormente á recolha dos desenhos, a autora e a professora tiveram uma breve conversa sobre cada aluno para se poder ter uma perspectiva um pouco mais abrangente das características gerais de cada aluno.

Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo foi o Teste do Desenho da Figura Humana de Florence Goodenough (1926). A construção e validação deste teste foram criados de modo a que se conclua o quociente da maturidade intelectual da criança, contudo, ao longo do tempo, Goodenough apercebeu-se que para além do seu teste medir esta capacidade, o seu teste tinha também a particularidade de analisar factores de personalidade (Campos, 2005).

A validação deste teste obteu-se em grande parte através da comparação dos scores obtidos nos desenhos com scores da escala de Stanford-Binet e da escala de Wechsler para crianças, entre outros que apresentaram correlações significativamente positivas (Cox, 1993; Di Leo, 1983).

A criança será avaliada na medida em que poderá ou não representar no seu desenho os elementos predefinidos no teste, sendo estes, os pormenores de vestuário, o tamanho da figura bem como as proporções e perspectivas deste, ausência de elementos, correcções etc.

Este teste pode ser aplicado individualmente ou colectivamente e tem como objectivo avaliar o desenvolvimento cognitivo da criança bem como a sua maturidade intelectual em função da sua idade através de 51 itens pré definidos. As características avaliadas pelos itens são:

Quantidade de detalhes apresentados; Proporcionalidade; Bi dimensionalidade; Opacidade; Congruência; Plasticidade; Coordenação visuo-motora e Perfil

Para obter as cotações é atribuído 1 ponto por cada característica de item cumprida.

A soma destes dar-nos-á um total, que, convertido através da tabela de aferição de Goodenough, nos indicará a idade mental do sujeito. Por fim, ao dividirmos este resultado (idade mental) pela idade real e multiplicando esse resultado por 100, obteremos o Q.I., que servirá como predictor da maturidade intelectual actual do sujeito.

Contudo, para este trabalho, estes itens foram apenas utilizados como “linhas de orientação”, isto é, como ajuda na categorização da análise gráfica do desenho, uma vez que este apenas se debruça numa avaliação gráfica e não no conteúdo latente deste.

Vantagens da aplicação do Teste da Figura Humana

Segundo Hammer (in Campos, 2005), existem varias situações em que a aplicação deste tipo de teste pode ser mais proveitoso e vantajoso que a aplicação de outros tipos de testes projectivos ou que a utilização de outros quaisquer tipos de instrumentos. Por exemplo, o desenho é uma técnica muito mais atractiva para as crianças devido á sua natureza de aplicação.

Tratando-se duma técnica não verbal, pode-se aplicar em crianças que ainda não tenham adquirido competências verbais, em adultos com dificuldades ou limitações de comunicação bem como por exemplo no diagnóstico de esquizofrenias em que o individuo não tenha consciência de si nem tem capacidade de verbalizar a maior parte das suas emoções.

Este tipo de teste apresenta também vantagens na aplicação a sujeitos sem escolaridade, com qualquer tipo de deficiência que limite a comunicação verbal bem como a estrangeiros, crianças ou adultos anormalmente tímidos e retraídos e também a pessoas que se sintam inferiorizados por provirem de extractos sociais inferiores e se sintam intimidados na conversação. Outro caso é o tal em que o sujeito é particularmente evasivo e mostra resistência nível do subconsciente tornando-o mais rígido de análise.

Na comparação entre testes projectivos verbais e testes projectivos não verbais compreendeu-se que o emprego do desenho como técnica projectiva não verbal oferece melhor acesso aos conflitos profundos do sujeito. Uma das grandes vantagens deste teste do Desenho da Figura Humana é poder ser aplicado colectivamente embora perca um pouco a

sua validade. Através de estudos efectuados por si, Hammer (in Trinca, 1987) concluiu que na aplicação em grupo do teste, quanto maior for a distância emocional e física entre o examinador e o examinando, mais rico e aberto é o material psíquico libertado no desenho.

A este propósito têm sido realizados estudos debruçando-se sobre a influência do examinador nos resultados do examinando e respectivos enviesamentos desta relação. Concluiu-se que a maior ou menor contribuição do examinando para a tarefa depende também do estado emocional do examinador bem como o seu tipo de personalidade reacções para com o paciente, modo de aplicação de teste entre outros, ou seja, numa aplicação individual do teste há muito mais probabilidades do analisando sofrer enviesamentos por parte do analisador.

Assim sendo, como uma possível resposta a esta situação, poder-se-á proceder á administração colectiva do teste do desenho diminuindo a probabilidade de influência dos traços de personalidade do examinador face á reprodução de material projectado pelo examinando.

Outra das vantagens desta técnica é o facto de ser considerada uma *culture-free technique*, isto é, ser uma técnica livre de conotações ou influências culturais tornando-se num instrumento válido para estudos inter culturais e estudos antropológicos resolvendo a problemática da linguagem.

Por fim, em relação aos outros testes projectivos tais como Rorschach ou TAT que seguem uma linha de análise parte-a-parte, o Desenho da Figura Humana é um teste analisado como um todo, em que uma linha não faz sentido sem a outra. Esta visão de unidade possibilita uma compreensão muito mais acessível e unificada do teste sendo esta uma característica de mais valia para este teste e para o examinador.

Limitações e restrições

Contudo sabemos também que, tal como na utilização de outro qualquer instrumento de exame psicológico, existem, algumas limitações e restrições no seu uso.

É sabido que por si só o desenho não revela um diagnóstico fidedigno tendo que ser acompanhado por outros procedimentos clínicos – a anamnese, associação livre, comparação

com outros testes projectivos como os referidos acima – para ser admitido como uma prova válida para avaliação do sujeito.

Ora, nem o desenho nem nenhuma técnica isolada poderá por si só dar uma informação fidedigna ao examinador sobre o funcionamento interno do examinando.

Análise dos dados

Para se proceder á análise dos dados, recorreu-se á utilização da folha de cotação do Teste da F.H. de Goodenough (Anexo A).

Tanto para o Grupo I (Anexo B) como para o Grupo II (Anexo C) procedeu-se á cotação onde foram assinalados com a pontuação de 1 os itens da lista presentes e bem executados no desenho.

Para que todos os itens fossem cotados correcta e homogeneamente de modo a evitar dispersões na avaliação, a análise de todos os desenhos foi utilizado o manual de interpretação dos itens da F.H. adaptado de Pasquasy (1967).

Resultados e Discussão

Após a contagem individual dos itens assinalados de cada desenho referente a cada elemento dos grupos diferentes, os valores obtidos revelaram-nos dados que não eram os totalmente esperados, pois embora se tenham verificado diferenças entre os dois grupos, devido a literatura revista, estávamos expectantes que os conteúdos dos desenhos do Grupo II fossem um pouco diferentes comparativamente aos desenhos do Grupo I.

De um modo geral, esperávamos que estas diferenças se prendessem com o facto de que os desenhos do Grupo II fossem menos investidos a nível gráfico e que estes nos demonstrassem também características projectadas destas crianças, que, de acordo com a literatura revista, não seriam as características que observámos mas sim características mais

negativas, como a representação de figuras tristes, desajustadas, danificadas ou até incompletas.

Mas tal como refere Di Leo (1983), não nos podemos prender fixamente aos resultados deste tipo de teste, na medida em que o encaramos como um teste projectivo neste caso, pois, no geral, são imensos os elementos subjectivos e ambíguos neste tipo de teste.

O facto é que os desenhos do grupo II obtiveram as pontuações mais altas dos grupos, sendo que em média as crianças do grupo I obedeceram a 30 itens dos 51 na lista enquanto que as crianças do grupo II obedeceram, igualmente em média, a 34 itens (ver anexo D, tabela 1).

As principais diferenças, prendem-se com o facto de que houve um investimento superior a nível gráfico no Grupo II, sendo que os desenhos deste são mais completos e perfeccionistas, obtendo assim cotações mais e elevadas do que o Grupo I.

A nível de comparação entre géneros (ver anexo D, tabela 2), verificámos que no grupo I, os desenhos efectuados pelas crianças do sexo feminino obtiveram melhores cotações do que os desenhos efectuados pelas crianças do sexo masculino, indo de acordo com a bibliografia revista.

Já no grupo II, foram os rapazes que mostraram em média scores mais altos. Tal poder-se-á dever ao facto de que as crianças do sexo feminino deste grupo já ultrapassam os processos de cura e tratamento de cancro á mais tempo que os rapazes podendo-se encontrar mais cansadas ou desconcentradas na realização da tarefa. Porém esta ideia não passa de mera especulação uma vez que não contamos com dados suficientes para poder atingir qualquer tipo de resposta conclusiva.

Contudo, a representação mais completa e fidedigna da figura humana, coube a uma das crianças do género feminino do Grupo II, obtendo a cotação mais alta dos 12 desenhos avaliados: 43 pontos.

Limitações do estudo e possíveis estudos posteriores

Uma das principais limitações deste estudo é o facto de a amostra ser demasiado pequena, correndo o risco de não ser portanto significativa. Qualquer intrusão de alguma

variável específica, ou enviesamento, que possa ter ocorrido não se dissipa na amostra, contaminando-a.

O facto de não se ter a oportunidade para analisar pormenorizadamente cada criança participante neste trabalho poderá por si só ter influenciado os resultados.

Sem ter possibilidades de fazer uma breve análise a cada criança, tomou-se como certo o facto de todas as crianças participantes neste estudo não carecerem de perturbações cognitivas e desenvolvimentais. Apenas se tomou como variável de estudo o facto de as crianças do grupo I serem consideradas saudáveis, e as crianças do grupo II sofrerem de doença oncológica.

Apesar da professora nos ter relatado que não havia presença de doença nas crianças da turma, factores tais como o meio social e familiar destas crianças podem afectar as suas emoções revelando conteúdos minados na execução do desenho da figura humana.

O mesmo será válido para o grupo II. Uma vez que não foi a autora do presente estudo a recolher a amostra, esta não saberá confiantemente se todos os requisitos para aplicação da prova foram cumpridos pelo técnico que a aplicou. Muita informação relevante poderá ter sido perdida devido a este facto.

As informações das quais dispomos não nos permitem obter uma opinião conclusiva sobre ambos os grupos.

Em relação às idades cronológicas dos participantes sabemos que toda a mostra se situa nos 7 anos de idade, contudo não tivemos acesso aos meses, sendo que nesta fase de desenvolvimento, este pormenor é de salientar, pois poderá justificar determinados comportamentos ou atitudes da criança face a meio que a rodeia, e conseqüentemente poderá ser influente para o desempenho da tarefa requisitada.

Na nossa opinião este trabalho poderá ser considerado talvez como um pré-teste. Uma vez que já se encontraram algumas falhas no método, futuramente, e tendo em conta estas lacunas, poder-se-á efectuar um estudo baseado nestes parâmetros que inclua uma amostra significativamente maior capaz de o validar estatisticamente tornando-o representativo e consistente para a temática.

Poder-se-á também tentar verificar, já numa abordagem mais dinâmica quais os tipos de mecanismos de defesa mais utilizados no desenho por grupos de crianças oncológicas

através do uso do desenho de um modo geral. Possivelmente neste caso seria de maior curiosidade fazer uma análise mais completa, por exemplo, ao desenho da família. Isto poderá permitir ao investigador perceber como a criança se relaciona, sente e situa no seu ambiente familiar e social, contribuindo para que se dê mais um passo no conhecimento, ajuda, reabilitação e aprendizagem sobre este assunto tão delicado que é a criança com cancro.

Referências Bibliográficas

- Almeida, G., Loureiro, S., Santos, J. (2002). A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica – 15* (2) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Pp 283 -292.
- Andrea, I. (2005). Pedagogia das Expressões artísticas. ISPA Edições.
- Anzieu, D. (1978). Os métodos projectivos (M. L. E. Silva, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Campus.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Prospectiva Desenvolvimentista*. (1ª Ed.). CLIMEPSI Editores.
- Campos, D. (2005). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade* (38ª ed). Petrópolis. Editora Vozes.
- Coelho, J. (1993). *Mecanismos de defesa no desenho infantil*. Tese de Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. ISPA.
- Cox, M. (1993). *Children's Drawings of the Human Figure – Essays in Developmental Psychology*. Lawrence Erlbaum Associated Ltd.
- Cox, M. (1995). *Desenho da Criança* (1ª ed.) Martins Fontes Editora: São Paulo. Brasil.
- Die-Trill, A., Stuber, M. (1998). *Psychological problems of curative cancer treatment*. Em: J. Holland (ed.), *Psycho-Oncology*. Oxford. University Press.
- Di Leo, J. (1983). A interpretação do desenho infantil. Brasil. Editora Artes Médicas Sul LTDA.
- Goodnow, J. (1979). *Desenho de Crianças*. Edições Salamandra, Ltd.
- Hill, J., Stuber, M. (1998). *Long-Term Adaptation, Psychiatric Sequelae, and PTSD*. Em: J. Holland (ed.), *Psycho-Oncology*. Oxford. University Press.
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J., Klip, E., Kamps, W. (2000). *Factors contributing to the psychological adjustment of parents of paediatric cancer patients*. *Cancer and the Family*, 2nd Edn. Edited by L. Baider, C. L. Cooper and A. Kaplan De-Nour. Jhn Wiley and Sons, Ltd.
- Holland, J. (1998). *Biology of Cancer for the Psycho - oncologist*. Em: J. Holland (ed.), *Psycho-Oncology*. Oxford. University Press.

- Luquet, G.H. (1987). *O Desenho Infantil* (4ª ed). Livraria Civilização Editora: Porto.
- Norton, L., Bento, M. *Epidemiologia de Cancro Pediátrico*. Acedido em 23 de Novembro de 2008, em: <http://www.oncologiapediatica.org>.
- Pasquasy, R. (1967). Les teste du dessin d'un bonhomme de Fl. Goodenough: Manuel d'interprétation. Bruxelles. Editest.
- Peres, R. (2002). *O desenho da Figura Humana de Machover aplicado em andarilhos de estrada*. Psicologia: Teoria e Prática – 4 (1) Universidade Estadual Paulista. pp. 81-92.
- Santo, C., Ribeiro, J., Lopes, C. (2003). *Qualidade de vida do familiar cuidador do doente oncológico*. Psicologia: Teoria, Investigação e prática. Vol. 8, nº1 pp. 115 – 131.
- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., Moura, M. (2002). Cancro Infantil e comportamento parental. Psicologia, Saúde e Doenças. – Vol. 3 (1) pp.43-60.
- Sourkes B., Proulx, R. (2000). “*My family and I are in this together*”: *Children with cancer speak out*. Cancer and the Family, 2nd Edn. Edited by L. Baider, C. L. Cooper and A. Kaplan De-Nour. Jhn Wiley and Sons, Ltd.
- Steinherz, P., Simone, J. (1998). *Biology of Childhood Cancers*. Em: J. Holland (ed.), Psycho-Oncology. Oxford. University Press.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clinica da personalidade: o desenho livre como estímulo da apercepção temática*. São Paulo, SP: EPU.
- Van Kolck, O. L. (1984) Testes projetivos gráficos no diagnostico psicologicos. São Paulo: EPU.
- Walch, S., Ahles, A., Saykin, A. (2000). *Cognitive Sequelae of Treatment in Children*. Em: J. Holland (ed.), Psycho-Oncology. Oxford. University Press.
- Widlocher, D. (1965). *L'interprétacion des dessins d'enfants* (2ª ed). Charles Dessart Éditeur. Bruxelas: Bélgica.
- Acedido em 6 de Novembro de 2008, no Web site da: Info Cancro: <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/nocoes/factores-de-risco/>

ANEXO B

Cotações Grupo I

Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo I – 1

Data: __/__/__

Idade: 7 anos Género: Fem. I.C: ____ I.M: ____ Q.I: ____

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

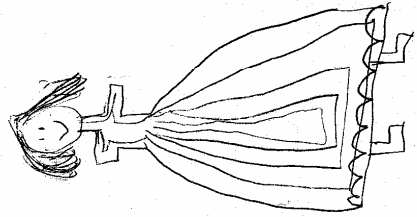
0 – Garatuja ____

1 – Traços controlados ____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	0
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	0
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	0
6- ombros	0	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	0
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	0
11- olhos	1	46- proporção do olho	0
12- nariz	0	47- olhar	0
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16- presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	0		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	0		
24- nº correcto de dedos	0		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	0		
31- proporção braços	0		
32- proporção das pernas	0		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	0		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL: 23



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo I – 2

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos Género: Fem. I.C: ___ I.M: ___ Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	1
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	1	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	1	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	0		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	1		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	1		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	1		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL:

40

2



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo I – 3

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos **Género:** Masc. **I.C:** ___ **I.M:** ___ **Q.I:** ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

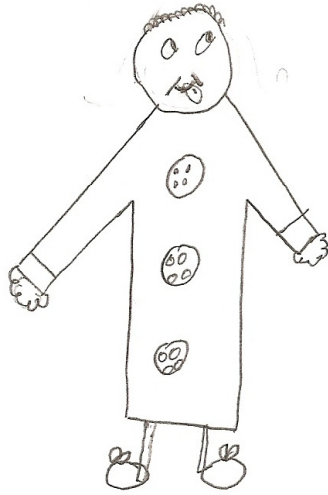
1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	0
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	0
6- ombros	0	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	0	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	0	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	0	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	0	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	0		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	0		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	0		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	0		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	0		

TOTAL: 27

3



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo I – 4

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos Género: Masc. I.C: ___ I.M: ___ Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	1
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	0
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	0	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	0	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	0
14- boca/ nariz 2 dim.	0	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	0	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	0		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	1		
22- traje realista	1		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	1		
25- detalhes de dedos correctos	1		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	1		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	1		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL: 36



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo I – 5

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos Género: Fem. I.C: ___ I.M: ___ Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	0
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	0	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	0	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	1	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	0		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	1		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	0		
31- proporção braços	0		
32- proporção das pernas	0		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL: 32



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo I – 6

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos **Género:** Masc. **I.C:** ___ **I.M:** ___ **Q.I:** ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

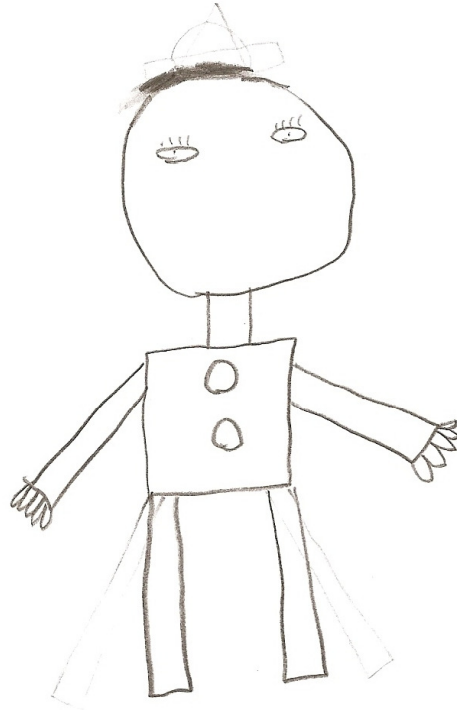
1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	0
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	0	41- coord. componentes rosto	0
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	0
12- nariz	0	47- olhar	1
13- boca	0	48- presença de testa e queixo	0
14- boca/ nariz 2 dim.	0	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	0	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	0		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	0		
20- vestuário completo	0		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	1		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	0		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	0		
34- braços e pernas em 2 dim.	0		
35- presença do calcanhar	0		

TOTAL: 23

6



ANEXO C

Cotações Grupo II

Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo II – 1 – Linfoma, Q.T 8 meses

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos Género: Fem. I.C: ___ I.M: ___ Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja ___

1 – Traços controlados ___

1- contorno da cabeça	1
2- duas pernas	1
3- dois braços	1
4- tronco	1
5- proporção do tronco	1
6- ombros	0
7- ligação braços/pernas/ tronco	1
8- colocação correcta	1
9- pescoço	1
10- pescoço bem delineado	1
11- olhos	1
12- nariz	1
13- boca	0
14- boca/ nariz 2 dim.	1
15- presença de narinas	0
16- presença de cabelos	1
17- posição correcta dos cabelos	1
18- presença de vestuário	1
19- 2 peças de vestuário	0
20- vestuário completo	0
21- 4 peças de vestuário	0
22- traje realista	0
23- dedos	1
24- nº correcto de dedos	1
25- detalhes de dedos correctos	0
26- polegar oponível	0
27- mão distinta de dedos e braço	0
28- articulação dos braços	0
29- articulação das pernas	0
30- proporção da cabeça	0
31- proporção braços	0
32- proporção das pernas	0
33- proporção dos pés	1
34- braços e pernas em 2 dim.	0
35- presença do calcanhar	0

Categoria B – Existem:

36- coord. geral da figura	1
37- coord. das linhas articulações	0
38- coord. da linha cabeça	1
39- coord. da linha do tronco	1
40- coord. da linha braços e pernas	1
41- coord. componentes rosto	0
42- presença de orelhas	0
43- propor. das orelhas	0
44- detalhes dos olhos	0
45- presença de pupila	0
46- proporção do olho	0
47- olhar	0
48- presença de testa e queixo	0
49- relevo do queixo	0
50- perfil egípcio	0
51- perfil frontal	1

TOTAL:

23

you are



1

Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo II – 2 – Linfoma, Q.T 2 meses **Data:** ___/___/___

Idade: 7 anos **Género:** Masc. **I.C:** ___ **I.M:** ___ **Q.I:** ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____ 1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	0
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	1
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	1
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	1	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	0		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	1		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	0		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL: 38



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo II – 3 – Linfoma, Q.T+ R.T 6 meses **Data:** ___/___/___

Idade: 7 anos **Género:** Fem. **I.C:** ___ **I.M:** ___ **Q.I:** ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____ 1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	1
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	0
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	0
11- olhos	1	46- proporção do olho	0
12- nariz	1	47- olhar	0
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	0
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	0		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	1		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	0		
31- proporção braços	0		
32- proporção das pernas	0		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL:

31



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo II – 4 – LLA, Q.T 3 meses

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos

Género: Masc.

I.C: ___

I.M: ___

Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

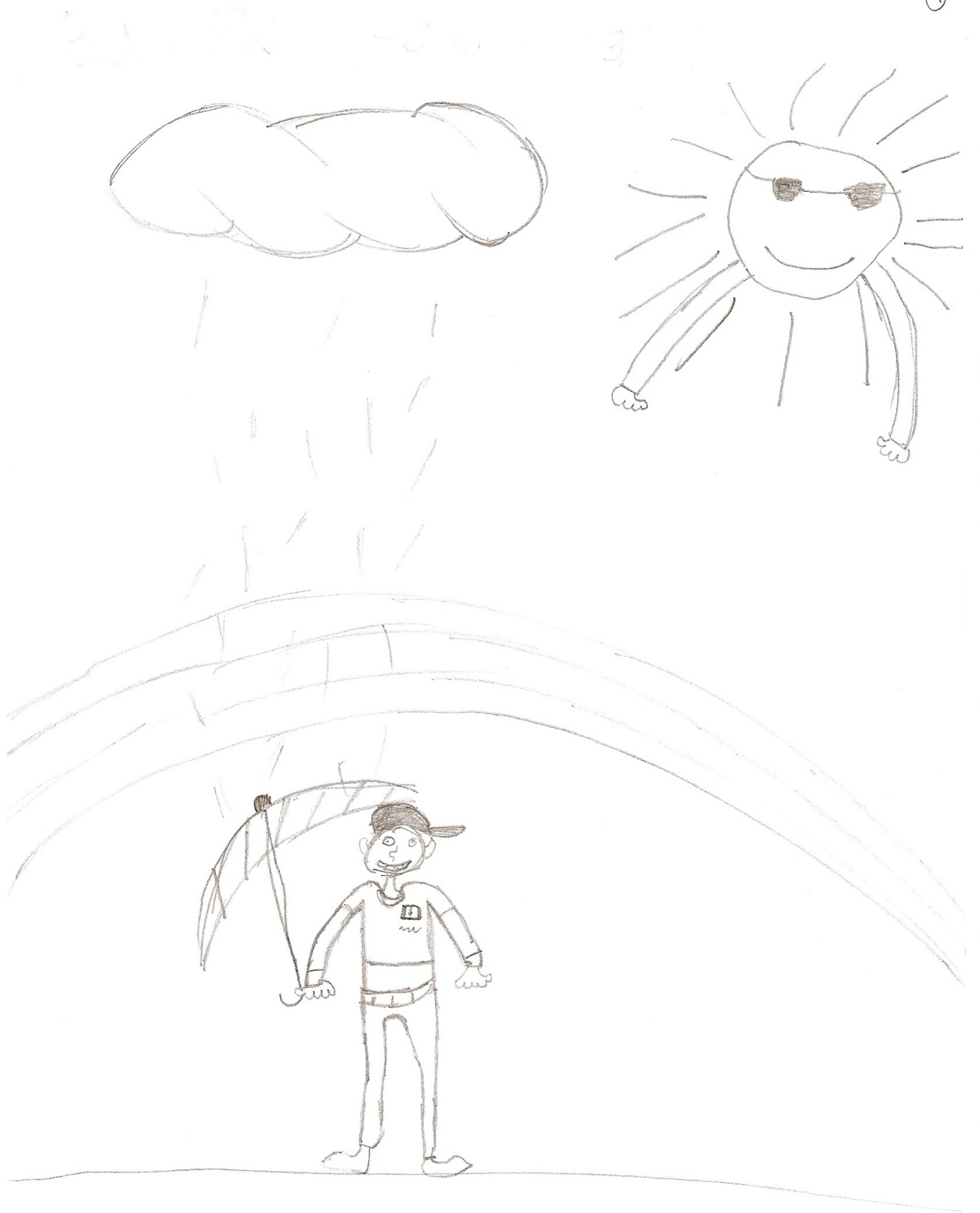
1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	1
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	0
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	1
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	1
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	1	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	0
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	0	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	0		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	1		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	1		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	1		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	1		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL:

39



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo II – 5 – LLA, Q.T 1 ano

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos

Género: Fem.

I.C: ___

I.M: ___

Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	1
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	1
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	1
11- olhos	1	46- proporção do olho	1
12- nariz	1	47- olhar	1
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	1
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	1		
22- traje realista	1		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	1		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	1		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	1		
31- proporção braços	1		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	1		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL:

43



Cotação do Teste do Desenho da Figura Humana – Florence Goodenough

Nome: Grupo II – 6 – Neuroblastoma, Q.T 2 anos

Data: ___/___/___

Idade: 7 anos

Género: Masc.

I.C: ___

I.M: ___

Q.I: ___

Categoria A – Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja _____

1 – Traços controlados _____

Categoria B – Existem:

1- contorno da cabeça	1	36- coord. geral da figura	1
2- duas pernas	1	37- coord. das linhas articulações	0
3- dois braços	1	38- coord. da linha cabeça	1
4- tronco	1	39- coord. da linha do tronco	1
5- proporção do tronco	1	40- coord. da linha braços e pernas	1
6- ombros	1	41- coord. componentes rosto	1
7- ligação braços/pernas/ tronco	1	42- presença de orelhas	0
8- colocação correcta	1	43- propor. das orelhas	0
9- pescoço	1	44- detalhes dos olhos	0
10- pescoço bem delineado	1	45- presença de pupila	0
11- olhos	1	46- proporção do olho	0
12- nariz	1	47- olhar	0
13- boca	1	48- presença de testa e queixo	1
14- boca/ nariz 2 dim.	1	49- relevo do queixo	0
15- presença de narinas	0	50- perfil egípcio	0
16-presença de cabelos	1	51- perfil frontal	1
17- posição correcta dos cabelos	1		
18- presença de vestuário	1		
19- 2 peças de vestuário	1		
20- vestuário completo	1		
21- 4 peças de vestuário	0		
22- traje realista	0		
23- dedos	1		
24- nº correcto de dedos	0		
25- detalhes de dedos correctos	0		
26- polegar oponível	0		
27- mão distinta de dedos e braço	0		
28- articulação dos braços	0		
29- articulação das pernas	0		
30- proporção da cabeça	1		
31- proporção braços	0		
32- proporção das pernas	1		
33- proporção dos pés	1		
34- braços e pernas em 2 dim.	0		
35- presença do calcanhar	1		

TOTAL:

31

6



ANEXO D

Tabelas

DESENHOS	QUANTIDADE DE ITENS OBEDECIDOS	
	Grupo I	Grupo II
1	23	23
2	40	38
3	27	31
4	36	39
5	32	43
6	23	31
MÉDIA	30	34

Tabela 1 – Valores dos itens obedecidos

GÉNERO	QUANTIDADE DE ITENS OBEDECIDOS					
	Grupo I			Grupo II		
FEMININO	23	40	32	23	31	43
MASCULINO	23	36	27	38	39	31

Tabela 2 – Comparação entre géneros dos valores obtidos