

Universidad Politécnica Salesiana

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA STRICTO
SENSU EM EDUCAÇÃO COM MENÇÃO EM GESTÃO
EDUCATIVA

Mestrado

**A PEDAGOGIA HOSPITALAR APLICADA POR MEIO DA
ARTETERAPIA COM CRIANÇAS INTERNADAS NO
HOSPITAL DA ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
DEFICIENTE (AACD) DE SÃO PAULO.**

Autora: Patrícia Goulart Prata Nascimento
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dorys Noemy Ortiz Granja
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Olga de Sá

QUITO

2010

PATRÍCIA GOULART PRATA NASCIMENTO

**A PEDAGOGIA HOSPITALAR APLICADA POR MEIO DA
ARTETERAPIA COM CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL DA
ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE (AACD) DE SÃO
PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação “*Stricto Sensu*” Gestão Educativa da Universidade Politécnica Salesiana do Equador, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dorys Noemy Ortiz Granja

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Olga de Sá

Quito
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

615.851 NASCIMENTO, Patrícia Goulart Prata, 1950
N197p A pedagogia hospitalar aplicada por meio da Arteterapia com
crianças internadas no Hospital da Associação de Assistência à
Criança Deficiente (AACD) de São Paulo / Patrícia Goulart Prata
Nascimento. __ Quito: Universidade Politécnica Salesiana do
Equador, 2010.
86 p. il. + vídeo.

Dissertação de Mestrado. Universidade Politécnica Salesiana do
Equador. Programa de Pós-Graduação “Stricto Sensu” em Educação
com menção em Gestão Educativa.

1. Terapia pela arte 2. Arte-Reabilitação 3. Criança hospitalizada
4. Educação infantil 5. Mielomeningocele 6. Pastoral da saúde
7. AACD I. Título II. NASCIMENTO, Patrícia Goulart Prata, 1950

CDD: 615.851

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

Dissertação de autoria de Patrícia Goulart Prata Nascimento, intitulada A PEDAGOGIA HOSPITALAR APLICADA POR MEIO DA ARTETERAPIA COM CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL DA ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE (AACD) DE SÃO PAULO, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação da Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, em _____, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof^ª . Dr^ª. Dorys Noemy Ortiz Granja

Quito
2010

À minha família,
com todo meu carinho e amor.
Agradeço a Deus por tê-los a mim confiado.

AGRADECIMENTOS

À Profª Dra. Ir. Iracema Noêmia Farina, incentivadora, guia e mestra.

À Profª Ms. Ir. Theresinha Carvalho Castro pela acolhida carinhosa e exemplo de vida.

À Profª Dra Ir. Olga de Sá por nos ter acolhido como co-orientadora.

Ao Prof. Dr. Holger Diaz Salazar por nos guiar no transcorrer deste estudo.

À Profª Dra Dorys Noemy Ortiz Granja pelo apoio e orientação deste trabalho.

Aos Professores da Universidad Politécnica Salesiana Del Equador que contribuíram para o alcance deste título.

À Profª e Arte terapeuta Ana Alice Francisquetti por doar suas experiências.

A Ir. Diretora Silvia Irene Pela pela atenção recebida.

Aos colegas do Mestrado que compartilharam deste estudo.

Aos pacientes da AACD, sem os quais, não poderia realizar este trabalho.

RESUMO

Referência: NASCIMENTO, Patrícia Goulart Prata. **A Pedagogia Hospitalar aplicada por meio da Arteterapia com Crianças Internadas no Hospital da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) de São Paulo**. 2010. 89 f. Dissertação (Maestría en Educación, Mención en Gestión Educativa) - Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, Quito, 2010.

Este trabalho focaliza dois momentos: primeiro, o atendimento às crianças hospitalizadas para procedimentos cirúrgicos, no leito do Hospital Abreu Sodré, parte do complexo institucional Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Segue-se o acompanhamento àquelas crianças que permanecem internadas para fisioterapia e terapias diversas, sendo então atendidas no Setor de Arte-reabilitação. Foram atendidas no leito hospitalar dez crianças, e encaminhadas para o Setor de Arte-reabilitação, seis crianças, numa faixa etária de 8 a 13 anos. Como patologia específica de estudo, os portadores de Mielomeningocele. Parte-se da proposta da Pedagogia Hospitalar, um ramo da educação que oferece assessoria ao atendimento emocional e cognitivo, no ambiente hospitalar, às crianças e jovens com necessidades imediatas. O trabalho busca a construção do conhecimento da vivência hospitalar e a apropriação dos sentidos, dando atenção aos aspectos cognitivos e emocionais da criança, recuperando em parte sua sociabilização. O objetivo foi discutir e analisar, por meio do desenho e atividades artísticas, a função social e terapêutica da arte. Através da Arteterapia, os aspectos cognitivos e emocionais da criança e do adolescente são trabalhados, buscando contribuir para a saúde da criança hospitalizada e sua reintegração escolar. A arte entra como estratégia de preventividade no acolhimento à criança, ao adolescente e à família destes pacientes, diminuindo a ansiedade da hospitalização por meio da expressão saudável de seus medos e sentimentos de forma que os objetivos da Pedagogia Hospitalar sejam reforçados pela Arteterapia. No Setor de Arte-reabilitação uma abordagem cognitiva conduz o desenvolvimento das atividades, por meio da proposta da Tríplice Metodologia do Ensino da Arte. O trabalho é uma resposta concreta aos apelos do tempo presente e entra em sintonia com o Sistema Preventivo de Dom Bosco, numa renovação em sua aplicação, sublinhando seus valores, atendendo as prioridades das crianças, jovens e familiares carentes e necessitados.

PALAVRAS-CHAVE: educação infantil, terapia pela arte, criança hospitalizada, arte reabilitação, mielomeningocele, pastoral da saúde.

ABSTRACT

Reference: NASCIMENTO, Patrícia Goulart Prata. **The Hospital Pedagogy Proposal through Art Therapy with Hospitalized Children at Special Needs Children Association Care (AACD) in São Paulo.** 2010. 89 pages. Dissertation (Maestría en Educación, Mención en Gestión Educativa) - Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, Quito, 2010.

This paper focus on two moments: first, the assistance to hospitalized children for surgical procedures, in bed Abreu Sodré Hospital, which belongs to Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) (Special Needs Children Association Care). Secondly, comes the follow- up of children who remain in hospital due to rehabilitation through several therapies, being assisted in the Art Therapy Rehabilitation Department. Ten children, from 08 to 13 years old were assisted in the hospital bed, and six children from 08 to 13 years old, in the Art Therapy Rehabilitation Department. The children with Mielomeningocelis were the specific study pathology. It is based on the Hospital Pedagogy Proposal, a branch of Education which offers advice in the field of emotional and cognitive assistance in the hospital environment to children and young people with immediate needs. The work seeks the building of knowledge about hospital life, and the awareness of the senses. It stands out the child and family's emotional aspects, bringing back the child's socialization. The objective was to discuss and analyze, through drawings, the social and therapeutic role of arts. Through Art Therapy, the child, teenager and their families' cognitive and emotional aspects were identified and worked on, trying to help on the hospitalized child's health and his/her school reintegration. Art comes in as a strategic preventive tool in the reception of children, teenagers and their families, decreasing anxiety provoked by hospitalization, through healthy expression of their fears and feelings, in such a way that the Hospital Pedagogy objectives are reinforced by Art Therapy. In the Art Rehabilitation Department, a cognitive approach leads the development of the activities, through the Art Teaching Triple Methodology Proposal. It is a concrete answer to present times appeals, it matches Dom Bosco's Preventive System, renewed in its use, standing out its values, reaching children, teenagers and families in need, concerning their priorities at the moment

KEYWORDS: children's education, therapy through art, hospitalized child, art rehabilitation, mielomeningocelis, health pastoral.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Crianças avaliadas no Hospital Abreu Sodré, AACD-SP	43
FIGURA 1 – VFL – Desenhos realizados antes da cirurgia	44
FIGURA 2 – VFL – Desenhos realizados depois da cirurgia	44
FIGURA 3 – VFL – Desenhos no suporte do boneco de pano	45
FIGURA 4 – EJP – Desenhos realizados antes da cirurgia	46
FIGURA 5 – EJP – Desenhos realizados depois da cirurgia	46
FIGURA 6 – EJP – Desenhos no suporte do boneco de pano	47
FIGURA 7 – LCSS – Desenhos realizados antes da cirurgia	48
FIGURA 8 – LCSS – Desenhos realizados depois da cirurgia	48
FIGURA 9 – LCSS – Desenhos no suporte do boneco de pano	49
FIGURA 10 – JAS – Desenhos realizados antes da cirurgia	50
FIGURA 11 – JAS – Desenhos realizados depois da cirurgia	50
FIGURA 12 – JAS – Desenho no suporte do boneco de pano	51
FIGURA 13 – SPF – Desenhos realizados antes da cirurgia	52
FIGURA 14 – SPF – Desenhos realizados depois da cirurgia	52
FIGURA 15 – SPF – Desenhos no suporte do boneco de pano	53
FIGURA 16 – SRSS – Desenhos realizados antes da cirurgia	54
FIGURA 17 – SRSS – Desenhos realizados depois da cirurgia	54
FIGURA 18 – SRSS – Desenhos no suporte do boneco de pano	55
FIGURA 19 – LCM – Desenhos realizados antes da cirurgia	56
FIGURA 20 – LCM – Desenhos realizados depois da cirurgia	56
FIGURA 21 – LCM – Desenhos no suporte do boneco de pano	57
FIGURA 22 – KAFI – Desenhos realizados antes da cirurgia	58

FIGURA 23 – KAFI – Desenhos realizados depois da cirurgia	58
FIGURA 24 – KAFI – Desenhos no suporte do boneco de pano	59
FIGURA 25 – MML – Desenhos realizados antes da cirurgia	60
FIGURA 26 – MML – Desenhos realizados depois da cirurgia	60
FIGURA 27 – MML – Desenhos no suporte do boneco de pano	61
FIGURA 28 – BMMS – Desenhos realizados antes da cirurgia	62
FIGURA 29 – BMMS – Desenhos realizados depois da cirurgia	63
FIGURA 30 – BMMS – Desenhos no suporte do boneco de pano	63
FIGURA 31 – Releitura I da obra “Coreto” (1953)	65
FIGURA 32 – Releitura II da obra “Coreto” (1953)	66
FIGURA 33 – Releitura III da obra “Bandeirinhas Brancas” (1954).....	66
FIGURA 34 – Portinari – “O Menino Morto”, Série Retirantes (1944)	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	- Associação de Assistência à Criança Deficiente
AATA	- American Art Therapy Association
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVDS	- Atividades da vida diária
DFTN	- Defeito no fechamento do tubo neural
ECA	- Escola de Comunicação e Artes
ETC	- Continuum Terapias Expressivas
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Providência Social
MLA	- Mielo Lombar Alto
MLA-D	- Mielo Lombar Alto a Direita
MLA-E	- Mielo Lombar Alto a Esquerda
MLB	- Mielo Lombar Baixo
MAC	- Museu de Arte Contemporânea
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MM	- Mielomeningocele
SUS	- Sistema Único de Saúde
USP	- Universidade de São Paulo
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONTEXTO HOSPITALAR	17
2.1 PANORAMA HOSPITALAR	17
2.2 MIELOMENINGOCELE.....	19
2.3 SOCIALIDADE E ARTE	21
3 A PEDAGOGIA HOSPITALAR E A ARTETERAPIA: UM ENCONTRO EDUCAÇÃO, ARTE E SAÚDE	24
3.1 A PEDAGOGIA HOSPITALAR	25
3.2 A ARTETERAPIA	26
3.3 O DESENHO.....	28
3.4 A PROPOSTA TRIANGULAR DO ENSINO DA ARTE NA PEDAGOGIA HOSPITALAR	31
4 O SISTEMA PREVENTIVO DE DOM BOSCO	35
4.1 PREVENTIVIDADE E ARTETERAPIA.....	36
4.2 ARTETERAPIA COMO PASTORAL HOSPITALAR	37
5 MARCO METODOLÓGICO	39
5.1 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	39
5.2 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	39
5.2.1 Objetivo geral.....	39
5.2.2 Objetivos específicos.....	40

5.3 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO.....	40
5.4 ATENDIMENTO NO LEITO HOSPITALAR.....	41
5.4.1 Resultados	42
5.4.1.1 Criança 1 – VFL	43
5.4.1.1.1 Avaliação pré-cirúrgica	43
5.4.1.1.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	44
5.4.1.2 Criança 2 – EJP	45
5.4.1.2.1 Avaliação pré-cirúrgica	45
5.4.1.2.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	46
5.4.1.3 Criança 3 – LCSS	47
5.4.1.3.1 Avaliação pré-cirúrgica	47
5.4.1.3.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	48
5.4.1.4 Criança 4 – JAS	49
5.4.1.4.1 Avaliação pré-cirúrgica	49
5.4.1.4.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	50
5.4.1.5 Criança 5 – SPF	51
5.4.1.5.1 Avaliação pré-cirúrgica	51
5.4.1.5.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	52
5.4.1.6 Criança 6 – SRSS	53
5.4.1.6.1 Avaliação pré-cirúrgica	53
5.4.1.6.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	54
5.4.1.7 Criança 7 – LCM	55
5.4.1.7.1 Avaliação pré-cirúrgica	55
5.4.1.7.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	56
5.4.1.8 Criança 8 – KAFI	57
5.4.1.8.1 Avaliação pré-cirúrgica	57
5.4.1.8.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	58
5.4.1.9 Criança 9 – MML	59
5.4.1.9.1 Avaliação pré-cirúrgica	59
5.4.1.9.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	60
5.4.1.10 Criança 10 – BMMS	61
5.4.1.10.1 Avaliação pré-cirúrgica	62
5.4.1.10.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado	62

5.5 A PROPOSTA TRIANGULAR APLICADA NO SETOR DE ARTE-REABILITAÇÃO..	63
.....	63
5.5.1 Resultados	67
5.5.1.1 VFL – Tratamento	67
5.5.1.2 EJP – Tratamento	67
5.5.1.3 SPF – Tratamento	67
5.5.1.4 SRSS – Tratamento	68
5.5.1.5 LCM – Tratamento	68
5.5.1.6 BMMS – Tratamento	69
5.6 CONTATO COM AS MÃES	69
5.6.1 Entrevista aberta com as mães	69
5.6.2 Questionário com as mães	70
5.7 DISCUSSÃO	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	84
APÊNDICE A – Vídeo com apresentação dos trabalhos executados no Setor de Arte- reabilitação no Hospital Abreu Sodré, AACD-SP	85
APÊNDICE B – Questionário com as mães	86
ANEXOS	87
ANEXO A – Termo de Consentimento.....	88
ANEXO B – Termo de Esclarecimento e Concordância	89

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um trabalho descritivo prospectivo observacional, estudo de série de casos, um estudo qualitativo, de corte avaliativo hermenêutico, numa análise comparativa com a literatura.

O trabalho apresenta o desempenho da Arteterapia com crianças portadoras de Mielomeningocele (MM) no Hospital Abreu Sodré da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), SP, no período de Abril a Setembro do ano de 2009.

Parte da proposta da Pedagogia Hospitalar, um ramo da educação que oferece assessoria ao atendimento emocional e cognitivo às crianças e jovens hospitalizados.

Este trabalho busca investigar por meio da Arteterapia, os aspectos cognitivos e emocionais da criança e do adolescente, numa faixa etária de 8 a 13 anos, de ambos os sexos, ao serem internados para um tratamento cirúrgico no recinto hospitalar da AACD, e num segundo momento, ao permanecerem internados para tratamento terapêutico pós-cirúrgico; e como estes se encontram em relação a tais aspectos quando recebem alta hospitalar após interagirem por meio da Arteterapia. Buscou-se contribuir para a saúde da criança hospitalizada e sua reintegração escolar, por meio da construção do conhecimento da vivência hospitalar e a apropriação dos sentidos, dando atenção especial aos aspectos cognitivos e emocionais da criança e a seus familiares, recuperando em parte sua socialização, por meio do desenho e expressões artísticas diversas, reafirmando a função social e terapêutica da arte.

A seleção foi feita a partir da amostra de pacientes com cirurgias agendadas. Foram atendidas no total dez crianças no leito hospitalar e destas, seis crianças permaneceram na Instituição para terapias e encaminhadas ao Setor de Arte-reabilitação.

Os procedimentos cirúrgicos produzem elevados níveis de ansiedade nos pacientes pediátricos, podendo provocar distúrbios psicológicos. Os efeitos da hospitalização podem ser atenuados por procedimentos terapêuticos, sendo importante uma intervenção no pré e no pós-cirúrgico, retomando-se as informações sobre o que foi realizado, procedimento este fundamental para se evitar memórias traumáticas. Há necessidade de uma atenção especial quanto ao desenvolvimento emocional e cognitivo dessas crianças, no resgate à subjetividade, em atenção à sua saúde.

Junto a uma crescente atenção aos direitos e necessidades da criança, surge uma preocupação quanto ao seu desenvolvimento cognitivo por meio da Pedagogia Hospitalar. Trata-se de uma Pedagogia do presente, centrada na situação imediata e transitória da criança

hospitalizada e defende a educação nos hospitais como prevenção, buscando criar uma oportunidade de interação entre a criança enferma, o educador, a família e a equipe hospitalar evitando-se assim um retrocesso no seu processo educativo. Numa visão interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, envolve saberes em prol da vida. Dentro de uma perspectiva humanística procura enfatizar na sua prática, que não é só o corpo que deve ser olhado, mas o ser integral, com suas necessidades físicas, psíquicas e sociais.

A Arteterapia estará ajudando a criança a entender melhor a demanda do seu corpo e do espaço hospitalar, favorecendo um desenvolvimento que não deve ser interrompido em função de uma hospitalização, e a recuperar a socialização da criança contribuindo para sua reintegração à escola após a alta hospitalar.

O programa desenvolve basicamente: a busca e manutenção do vínculo afetivo, a compreensão do espaço hospitalar, a redução do trauma causado pela hospitalização e o desenvolvimento sócio-cognitivo da criança por meio da Proposta Triangular no Ensino da Arte.

A primeira fase compreende um estudo comparativo do desenho da criança no momento da internação com o desenho feito no momento pós-cirúrgico. A avaliação é realizada com a presença do cuidador sem interferência de fatores externos. É feito o desenho no momento pré-cirúrgico do auto-retrato, em seguida o da família, para se perceber a posição em que a criança se encontra em seu contexto familiar, a receptividade mútua e interação entre seus membros. Uma doença grave causa impacto sobre o todo o sistema familiar. Estudos destacam a influência da família sobre a recuperação do doente. Nessa situação, os pais passam por experiências emocionais difíceis e nem sempre conseguem lidar com isso por si mesmos. A fim de dar apoio emocional à criança, nos preocupamos também com a mãe, pois esta é por sua vez, o apoio do filho.

Segue-se no pós-cirúrgico, novamente o desenho do auto-retrato, e, com o objetivo de trabalhar a percepção, a cognição, pede-se a complementação de um desenho dado do esquema corporal. Buscando prevalecer um princípio de realidade e uma aproximação ao concreto, segue-se a interação e o desenho tendo o boneco de pano como suporte.

O desenho é auxiliar de diagnóstico, apresentando um forte componente afetivo. O uso do desenho como medida de conhecimento é pertinente ao se considerar que as crianças são capazes de transmitir em seus desenhos, pensamentos, ideias e sentimentos, que possivelmente não conseguem expressar na fala ou na escrita. O integrar o desenho ao trabalho, exige uma investigação do desenho infantil do ponto de vista da patologia, com o desenho da criança normal de acordo com o desenvolvimento cognitivo de Piaget. A criança apreende o mundo sentindo-o, com importante auxílio de seus órgãos sensorio-motores e proprioceptivos. Quando há lesões

podem estar afetadas áreas importantes, alterando a recepção de informações e conseqüentemente as expressões. Na avaliação é levada em consideração a idade e o nível de desenvolvimento de cada criança.

Num segundo momento, quando a criança recebe alta do centro cirúrgico e passa a receber um tratamento pós-operatório, no Setor de Arte-reabilitação, uma abordagem cognitiva conduz o desenvolvimento das atividades por meio da Proposta Triangular do Ensino da Arte. Nesse contexto, os conceitos educação e saúde tornam-se bastante interligados. O conhecimento fertiliza as vivências, fortalecendo os indivíduos, consolidando a saúde.

A Arteterapia pode contribuir para a saúde e o desenvolvimento cognitivo da criança hospitalizada e conseqüentemente para sua reintegração escolar.

As estruturas de saúde, sobretudo as Instituições Públicas, carecem de um processo efetivo de humanização que ofereça acolhida digna e atendimento eficiente e ágil, conforme requer a condição do enfermo e seus familiares. Sendo o foco da preventividade os jovens à mercê da vulnerabilidade, sobretudo os mais carentes e necessitados, o parâmetro com o Sistema Preventivo é uma referência pertinente. Pela Arteterapia poderá se criar um espaço mais humano, ajudando a criança hospitalizada a expressar seus sentimentos, medos e emoções, dando também suporte às mães ou acompanhantes. A Arteterapia entra como estratégia de acolhimento e preventividade à criança e à família, numa resposta concreta aos apelos do tempo presente.

2 O CONTEXTO HOSPITALAR

A hospitalização infantil é uma condição complexa e necessita de intervenções que facilitem sua adaptação. A criança hospitalizada tem necessidades que vão além de um atendimento clínico. A qualidade do ambiente hospitalar influencia na sua adaptação e recuperação.

O conceito de humanização vem sendo considerado decisivo para promover os avanços nos serviços de saúde. Segundo Ribas (2009), trata-se de um princípio ético que busca articular os avanços científicos da medicina e a ética, caracterizada pelo respeito às necessidades das pessoas. Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde indicam que os usuários valorizam o respeito no atendimento e demonstram o desejo de serem ouvidos, compreendidos e acolhidos.

A humanização para que seja realmente eficaz precisa permear todo o atendimento. Equipes interdisciplinares devem buscar uma compreensão compartilhada e integral de cada paciente e de sua família, condição básica para um atendimento afetivo.

2.1 PANORAMA HOSPITALAR

A AACD foi fundada em 1950 e desenvolve um trabalho sem fins lucrativos. Visa a reabilitar e incluir socialmente crianças, adolescentes e adultos portadores de deficiência física procurando reintegrá-los na sociedade. Tem como missão, promover a prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência física, especialmente crianças, adolescentes e jovens, favorecendo sua integração social. Com um enfoque maior em Reabilitação e Ortopedia, é reconhecida entre as organizações pelo seu padrão de qualidade e eficácia, responsabilidade social e sustentabilidade.

Em Abril de 1963, dá-se início às atividades do Centro de Reabilitação na Avenida Prof. Ascendino Reis, 724 - Vila Clementino, onde permanece até hoje com sua unidade central, em terreno doado pela Prefeitura de São Paulo. Neste ano iniciaram-se também as atividades de ensino.

Com o passar dos anos, a AACD cresceu e diversificou os serviços para melhor atender a sua clientela, sem alterar a sua filosofia de trabalho. Nessa perspectiva, em Julho de 1993, foi inaugurado o Hospital da AACD, contendo modernas instalações e considerado por muitos como um dos melhores centros de atendimento em reabilitação, sendo uma referência

internacional. Em 1995, iniciaram-se as atividades da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que complementou a estrutura instalada.

O hospital da AACD, por meio de sua equipe de profissionais, atende às diversas patologias da área ortopédica: lesão medular, paralisia cerebral, mielomeningocele, malformações, amputações, acidentes vasculares, traumatismos etc., e disciplinas correlatas: urologia, neurologia, oftalmologia, odontologia, otorrinolaringologia etc.

O hospital conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, arte-terapeutas, musico-terapeutas etc.

A AACD é um centro aberto aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua clientela é composta de pacientes do SUS, conveniados e particulares.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, a fim de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira por meio de um atendimento gratuito, sendo obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos. Do SUS fazem parte os Centros e Postos de Saúde, Hospitais, Laboratórios, Hemocentros, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Fundações e Institutos de Pesquisa.

O atendimento “modelo avançado” de assistência médica, ainda não consegue atender a todas as demandas da população. Técnicos em saúde pública há muito detectaram o ponto fraco do sistema: o baixo orçamento nacional à saúde sendo uma das causas da deficiência em seu atendimento.”Temos problemas de gestão e de recursos. É preciso aumentar o aporte de recursos para a saúde”(ELIAS, 2009, p.8).

Hoje, 24% das cirurgias realizadas no hospital da AACD são feitas através do convênio com o SUS. Isto gera uma fila de espera grande. Em média as pessoas esperam por três anos para serem operadas, nas diferentes patologias. As eventuais prioridades passam por uma comissão sendo feitas avaliações criteriosas.

O trabalho de Arte-Reabilitação na AACD, considerado um ramo da Arteterapia, foi instaurado em 1985 e tem como principal característica a construção da interface que se estabelece entre o universo da ciência e da arte, tornando a AACD uma entidade pioneira no campo da Arteterapia. A Arteterapia utiliza recursos artísticos com finalidade terapêutica. No setor de Arte-Reabilitação acolhe crianças, adolescentes e adultos de todas as idades. A frequência às sessões é semanal e a duração de cada atendimento varia em torno de 60 minutos,

de acordo com as condições e necessidades de cada um. O Setor oferece também estágios aos profissionais da área e realiza anualmente uma Exposição de Arte para a apresentação da produção artística dos frequentadores do setor. A cada ano uma campanha televisionada (Teleton) é realizada para conseguir fundos para a construção de novas unidades, que já se estendem por diversas regiões do Brasil. Nesta campanha os pacientes da Arte-reabilitação têm ampla participação com a pintura de telas que são presenteadas aos colaboradores.

2.2 MIELOMENINGOCELE

A MM, defeito no fechamento do tubo neural (DFTN) é uma má formação complexa, em que ocorre uma falha do fechamento do canal vertebral e está associada à hidrocefalia em 85% a 90% dos casos. É uma doença do Sistema Nervoso que envolve aspectos neurológicos, urológicos, ortopédicos entre outros, necessitando por vezes de intervenções cirúrgicas (FERNANDES *et al.* 2007). A hidrocefalia é caracterizada por acúmulo anormal de líquido cérebro espinhal dentro da cavidade craniana podendo acarretar graves conseqüências como: alterações visuais, na fala, audição, além de prejudicar o controle da coordenação motora de braços e pernas, atraso no desenvolvimento, deficiência intelectual, déficits cognitivos e de memória, devido à compressão cefálica (FERNANDES, 2008).

É também conhecida por espinha bífida é uma doença congênita. Costuma ocorrer por volta da terceira semana de formação do feto. Os ossos da espinha não se formam completamente e o canal espinal é incompleto. O bebê nasce com um tipo de 'bolha', em forma de bolsa, no meio ou na parte inferior das costas. A gravidade das seqüelas físicas vai depender da localização e da extensão da lesão na medula. Quanto mais alta, maior o número de nervos afetados. Essa mal formação pode ocasionar paralisia parcial ou total nas pernas da criança, problemas ortopédicos, pé torto ou deslocamento de quadril. É freqüente também a perda de controle da bexiga ou do intestino, além de determinar um aumento no risco do bebê desenvolver uma meningite, considerada uma infecção grave. A MM ocorre em frequência aproximada de 0,4 por 1000 nascidos vivos. De acordo com Fernandes *et al.* (2007), a doença também traz entre outras complicações, a obesidade, úlceras de pressão, devido à ausência de sensibilidade, infecções, fraturas e a alergia ao látex.

O Diagnóstico da MM pode ser feito antes do bebê nascer, no acompanhamento pré-natal da gestante por meio da amniocentese, um exame que recolhe e analisa o líquido amniótico. Também o exame de ultra-som na gravidez pode revelar alguns dos casos. Uma das mal formações mais frequentes e complexas, tendo causas multifatoriais. Pode ser genética, por

mutações cromossômicas, nutricionais, pela deficiência de vitaminas e ácido fólico, sendo mais comuns na raça branca e nos anglo-saxões.

De acordo com Fernandes (2008), a MM é uma doença que não tem cura, não existindo especificamente nenhuma forma para reverter os prejuízos provocados pela doença, sendo vital realizar o tratamento preventivo. Segundo o especialista, são inúmeras as intervenções cirúrgicas para tratar das complicações e ajudar a família a lidar com o distúrbio. Alguns pacientes chegam a fazer até os 10 anos, uma operação por ano, além de necessitar um trabalho constante de reabilitação por meio de terapias para estimular o desenvolvimento físico e mental.

A única maneira de prevenir a doença é por meio da ingestão adequada de ácido fólico, um componente do Complexo B, antes do período de gravidez, conforme Fernandes (2008). O ácido fólico é uma substância encontrada especialmente em verduras como alface, agrião, espinafre e no fígado bovino. Porém, a quantidade dessa vitamina encontrada na natureza é muito menor do que o necessário para a prevenção da MM. A adição do ácido fólico nas farinhas de trigo e milho pela indústria, já está sendo adotado em alguns países, como os Estados Unidos, Canadá e Chile. A medida, depois de um ano de implantação, reduziu em 50 % o índice de MM na população americana.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) deverá publicar, ainda este ano, portaria prevendo a adição do ácido fólico nas farinhas de trigo e milho. Depois de publicada, a indústria brasileira terá um prazo de 18 meses para se adaptar à regra. De acordo com Fernandes (2008), essa adição não altera o sabor ou a composição dos alimentos e seu custo é extremamente baixo.

As avaliações sobre cognição em crianças com hidrocefalia e associadas à MM são esparsas na literatura (FOBE *et al.*, 1999). Crianças com hidrocefalia congênita demonstram alterações sensoriais, motoras e cognitivas, mas não apresentam um franco retardo mental. O déficit intelectual está associado à hidrocefalia, infecções e número de intervenções sofridas. Muitas crianças apresentam deficiências neuropsicológicas como: dificuldades de percepção, atenção e concentração. Os déficits cognitivos são particularmente associados cognição não verbal, com menos comprometimento na fala, mas afetando a escolaridade de modo significativo. Em estudos realizados por estes pesquisadores, o desempenho cognitivo destes pacientes apresentou correlação estatisticamente significativa com o nível funcional motor, sendo o resultado melhor, em ordem decrescente, nos níveis: sacral, lombar baixo, lombar alto, torácico. O melhor desempenho nas crianças com nível funcional sacral pode ser explicado pela possibilidade das anormalidades congênitas serem menos pronunciadas, por apresentarem complicações infecciosas menores e por exigirem menos intervenções cirúrgicas e mais

simples. O desempenho cognitivo é melhor em crianças operadas até o sétimo dia de vida. 70% das crianças com MM apresentam probabilidade de marcha, adequada a aparelhos, podendo ocorrer alterações de coordenação motora nos membros superiores.

Há necessidade de se manter esses pacientes sob controles médicos periódicos, pois complicações urinárias infecciosas e obstrutivas podem ocorrer.

É necessário conhecer as características clínicas, sociais e culturais destes pacientes, visando a sua integração à sociedade.

2.3 SOCIALIDADE E ARTE

A arte é uma força eficaz destinada a mudar as condições históricas da existência. Deste modo a arte chega à universalidade. Segundo Pareyson (1997, p. 114), “é preciso reconhecer o evidente caráter social da arte [...] a vida social exige para o seu próprio desenvolvimento a intervenção de uma atividade formativa, que colore de arte muitas das suas manifestações”. O autor empenhado em problemas sociais e políticos e atento à crise conceitual humana de hoje, nos propõe não uma estética de contemplação, mas de ação. Insistindo na expressão individualizada e pessoal, considera a arte de caráter biográfico, pois atinge a alma humana, e sublinha que, a arte é fruto de um tempo no qual ela emerge e do ambiente de onde ela surge. Em suma, o autor reconhece tanto o influxo do social sobre a expressão artística quanto o influxo da arte sobre a socialização. “A arte pode ser fundadora de socialidade [...] a arte enobrece e eleva o ânimo e os costumes a ponto de ser considerada na sua pura qualidade de arte como condição indispensável de civilização e fator importantíssimo da educação [...]” (PAREYSON, 1997, p. 122).

A arte, além de sistematizar ou organizar o sentido social tem uma função biológica, trazendo o equilíbrio do organismo com o meio. Segundo Vygotsky (1998, p. 315):

A arte é o social em nós. A arte é uma espécie de sentimento social prolongado, mas também uma técnica de sentimentos. A arte parte de sentimentos vitais, mas realiza certa elaboração desses sentimentos. Veremos que essa elaboração consiste na catarse, na identificação de sentimentos, na transformação desses sentimentos, em sentimentos opostos ou nas suas soluções. Portanto ela não é um simples meio de contágio.

O autor não aceita a definição da arte reduzida ao pequeno círculo da vida do indivíduo, por entender que a explicação deve partir do grande círculo da vida social. Define a arte como um “fenômeno humano, que decorre da relação direta ou mediata do homem com um cosmo

físico, social e cultural, onde se constroem e se multiplicam variedades de facetas e nuances que caracterizam este homem como integrante deste cosmo” (VYGOTSKY 1998, p. 11). Enfatizando assim, o papel da cultura na história individual, vê o sujeito como construtor de seu conhecimento em interação com elementos de seu meio cultural.

A criança hospitalizada, privada de interação social de qualidade é impedida de construir conhecimentos e de construir sua subjetividade, tornando este o desafio da educação hospitalar.

Segundo o psicólogo francês Wallon (1975, *apud* FONTES, 2005) a fonte do conhecimento é a emoção. A emoção permeia todas as interações sociais dos seres humanos sendo base da inteligência e o vínculo com o social. Fontes (2005, p.126) reafirma: “a atividade emocional é uma das mais complexas características do ser humano sendo simultaneamente biológica e social”, e acrescenta “é por intermédio dela que se realiza a transição do biológico ao cognitivo, pela interação sociocultural.”

Para Piaget (1973) a relação da afetividade com a inteligência no desenvolvimento mental da criança é incontestável. O afeto desempenha um papel essencial no funcionamento da inteligência e sem afeto não haveria interesse, nem necessidades, nem motivação e conseqüentemente, perguntas ou problemas nunca seriam levantados. Na relação entre inteligência e afeto, concluímos que o afeto contribui para a formação de estruturas cognitivas, porém, apesar da afetividade ser uma condição necessária, por si só não é suficiente, sendo necessária a formação progressiva das estruturas operacionais e pré-operacionais (PIAGET, 1973). De acordo com a teoria interacionista e construtivista de Piaget, o conhecimento é fruto de um sujeito ativo que constrói seu saber por meio da ação física e mental sobre a realidade. Neste processo interagem fatores do meio ambiente e fatores externos ao sujeito

De acordo com Spitz (1956 *apud* DUQUE, 2008), o afeto é o responsável pela aceleração ou retardamento da formação das estruturas humanas: hospitalismo é o conjunto de perturbações que a criança pode sofrer devido a carências. A separação da família e do lar é uma experiência dolorosa para a criança. Crianças privadas do contacto com os seus entes mais próximos, por abandono, ou por afastamento devido à temporada passada num hospital, vão sofrer de problemas físicos e psicológicos como: o atraso no desenvolvimento corporal, insônias, emagrecimento, alteração do seu estado geral, incapacidade de adaptação ao meio, menor imunidade a doenças infecciosas, sensação de fragilidade, de isolamento e tristeza, que podem afetar o seu desenvolvimento normal. A ausência da mãe, a separação, pode provocar a depressão na criança. A doença é sentida como um castigo criando um sentimento de culpa por alguma falta cometida. Quando a criança não usufrui do contacto com os seus entes mais

próximos, falta-lhe o rosto do outro, e conseqüentemente a criança perde a estabilidade das relações. Sob o ponto de vista psicológico, o que está em jogo é a perda de identidade na criança.

Os estudos de Spitz (1956 *apud* DUQUE, 2008) vieram contribuir para a reforma na hospitalização de crianças, deixando clara a importância dos cuidados maternos e do rosto do outro no desenvolvimento harmonioso da criança hospitalizada.

3 A PEDAGOGIA HOSPITALAR E A ARTETERAPIA: UM ENCONTRO EDUCAÇÃO, ARTE E SAÚDE

Os estudos no campo da educação e dos direitos humanos vêm sendo reestruturados, sendo modificados seus conceitos, sua legislação, suas práticas educacionais e de gestão. A partir daí considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial a quem pode ter sido restringido a participação plena e efetiva na escola e na sociedade (BRASIL, 2007).

No início e meados do século XX a educação escolar se limitava a um grupo privilegiado. Este processo de privilégio e exclusão era legitimado nas políticas e práticas educacionais reprodutoras da ordem social. Com o processo de democratização da escola, evidencia-se o paradoxo inclusão/exclusão. Os sistemas de ensino universalizam então um acesso, mas continuam excluindo indivíduos e grupos considerados fora dos padrões homogeneizados da escola (BRASIL, 2007).

A partir de 1970, se desenvolve uma nova política na educação. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) assume a clientela da educação especial como sendo a que requer cuidados especiais no lar, na escola e na sociedade. A educação inclusiva passa a ser repensada e busca criar alternativas para superar as barreiras, assumindo um espaço central no sistema educacional na sociedade contemporânea. A atenção se volta para esta população histórica e sistematicamente excluída do acesso a bens culturais. Uma população desrespeitada em seus direitos, que tem na educação uma principal via de cidadania, de inclusão e ascensão social (BRASIL, 2007).

O movimento mundial pela educação inclusiva hoje é uma ação política, cultural, social, pedagógica, estendendo-se à saúde. Desencadeia-se em defesa do direito de todos de aprender e participar, sem nenhum tipo de discriminação. Neste sentido a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, acompanha os avanços do conhecimento e das lutas sociais, procurando uma educação de qualidade para todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa humana (BRASIL, 2007).

Neste sentido busca um atendimento educacional hospitalar com recursos pedagógicos que eliminem as barreiras e atendam as necessidades específicas de cada criança.

3.1 A PEDAGOGIA HOSPITALAR

Junto à crescente atenção aos excluídos, surge uma preocupação com a criança enquanto hospitalizada, gerando propostas de trabalhos que atendam às suas necessidades emocionais, cognitivas, sócio educacionais, a fim de contribuir para sua saúde e para seu pronto restabelecimento social.

Desde o início do século têm sido enfatizados os riscos sofridos por crianças ao permanecerem internadas e a necessidade de uma atenção especial quanto ao seu desenvolvimento psíquico e cognitivo, no resgate de sua subjetividade, em busca de uma reinserção social, contribuindo-se assim para a saúde da criança hospitalizada. Ceccim (1999, p. 1) destaca a importância dos processos de aprendizagem na organização da subjetividade, lembrando que, a aprendizagem é sempre reciprocamente psíquica e cognitiva.

Para além das necessidades emocionais e recreativas, é preciso destacar as necessidades intelectuais da criança e, aqui, não se trata de eleger um racionalismo ou um intelectualismo dos significados do adoecer e do tratamento de saúde, mas de reconhecer que os processos que organizam a subjetividade organizam e são organizados por efeitos de aprendizagem. A aprendizagem é sempre e reciprocamente psíquica e cognitiva, daí os processos psíquicos determinarem a cognição e os processos cognitivos determinarem o desenvolvimento psíquico (CECCIM, 1999, p. 1).

Segundo Ceccim (1999) a criança tem necessidades intelectuais próprias de seu desenvolvimento e de sociabilização. As experiências intelectuais interferem nas sensações corporais e na experiência de si mesmo. Essas experiências intelectuais e corporais são determinadas pelas relações de convivência, pelas oportunidades sociais desenvolvidas nos ambientes específicos.

Jung em seus *Estudos sobre Psicologia Analítica* argumenta que a verdadeira individualidade é produto de uma luta pessoal pelo desenvolvimento e pela aquisição da consciência, a que deu o nome de individuação. “A individuação é a flor do envolvimento consciente de uma pessoa” (JUNG, 1954 *apud* STEIN, 2006, p. 84).

O trabalho pedagógico em hospital é uma questão recente, mas já polêmica, não possuindo uma única forma de acontecer (FONTES, 2005). Segundo o autor surgem duas correntes aparentemente opostas, mas no fundo complementares. Uma com respaldo na *Política Nacional de Educação Especial* e seus desdobramentos (BRASIL, 1994) e *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica* (BRASIL, 2001), que defende a prática pedagógica em classes hospitalares com a presença de professores, profissionais com

formação específica, segundo os moldes da escola regular, de acordo com a política do MEC, posição esta, também defendida por Ceccim (1999).

Uma segunda corrente defende a construção de práticas pedagógicas específicas ao contexto hospitalar, sustentando também o papel do conhecimento para o bem estar físico psíquico e emocional da criança enferma. Admitem não haver necessidade do conhecimento dar continuidade ao ensino ministrado no espaço escolar. Esta corrente não perde o olhar da Pedagogia Hospitalar, uma vez que tem como preocupação o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança e se dá em âmbito hospitalar. Busca construir conhecimentos sobre esse novo contexto de aprendizagem contribuindo para o bem estar da criança enferma (FONTES, 2005). A proposta tem uma forma lúdica de buscar o conhecimento, através da ressignificação do espaço hospitalar, olhando a criança com sua identidade de criança e não como paciente, como muitas vezes acontece no contexto hospitalar onde é vista como um indivíduo que necessita e inspira cuidados médicos. De acordo com FONTES (2005) deve-se fazer um resgate da subjetividade da criança por meio de situações pedagógicas, que viabilizem interações com o novo contexto em que a criança está vivendo.

3.2 A ARTETERAPIA

Na definição da American Art Therapy Association (AATA), fundada em 1969, lê-se:

A Arteterapia é uma profissão assistencial ao ser humano. Ela oferece oportunidades de exploração de problemas e de potencialidades pessoais por meio da expressão verbal e não verbal e do desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, bem como a aprendizagem de habilidades, por meio de experiências terapêuticas com linguagens artísticas variadas... A arteterapia por meio das expressões artísticas reconhece tanto os processos artísticos como as formas, os conteúdos e as associações, como reflexos de desenvolvimento de habilidades, personalidade, interesses e preocupações com o indivíduo. O uso da arte como terapia implica que o processo criativo pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal (CARVALHO, 1995, p.6).

De acordo com Janie Rhyne, psicóloga e arte-terapeuta, a Arteterapia se fundamenta na crença da potencialidade de processos artísticos e criativos como fatores promotores de desenvolvimento pessoal, do autoconhecimento, da ampliação da consciência. Segue uma linha epistemológica embasada no humanismo, no existencialismo e na fenomenologia. Considera o homem dentro de um dinamismo, como um ser inacabado e incompleto, chamado a realizar-se e a completar-se buscando aquilo que o satisfaça, sem perder a sua unidade, necessitando desenvolver-se integralmente. Vê o homem como um ser de responsabilidade, um ser em permanente mutação, enfim, um ser de relação (RHYNE, 2000).

A Arteterapia utiliza os recursos artísticos com finalidade terapêutica. Pode ser usada em vários níveis de saúde mental: prevenção específica, reabilitação, tratamento e assistência. “O caráter universal da arte garante a ela ser usada por todos os pacientes: nas crianças, como uma brincadeira, proporciona conhecimento; nos adolescentes e jovens, estimula novos sentidos de vida, e nos adultos e idosos a busca de harmonia” (FRANCIQUETTI, 2007, p. 866).

De acordo com a teoria psicanalítica de Winnicott (1975), cada ser humano traz um potencial inato para amadurecer, para se integrar; porém, o fato de essa tendência ser inata não garante que ela realmente vá ocorrer. Isto dependerá de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Winnicott (1975, p. 80), enfatiza a necessidade do brincar no processo de criatividade: “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo criança ou adulto pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self)”.

Baseando-se em Vygotsky (1998) a influência do brinquedo no desenvolvimento infantil. O brincar surge com a capacidade de imaginar. É no faz de conta que a criança pode imitar as ações, ir além de seus limites de compreensão e capacidade. Assim é possível a criança transcender o real, se apropriar dos objetos e construir um mundo simbolicamente, ressignificando-o.

O concreto é elementar; é o que torna a realidade ‘real’, pessoal, significativa... O concreto pode ser o portal para a sensibilidade, a imaginação e a profundidade; um caminho para o interior das emoções e do espírito. O concreto é prontamente impregnado de sentimento e significado. Ele avança facilmente para o estético, o cômico, o simbólico, para o misterioso mundo da arte e do espírito (SACKS, 1985 p. 166).

O brincar e a aprendizagem estão intimamente ligados. Para as crianças, fazer arte é sempre uma brincadeira muito séria, porque é sério brincar. É por meio do brincar que as crianças e adolescentes internados encontram maneiras de viver a situação de doença de forma criativa e positiva diminuindo o risco de comprometimento mental, emocional e físico dos enfermos (FRANCISQUETTI, 2005). Conforme Francisquetti (2005), a arte-terapeuta, ao promover experiências dentro de um hospital - brincar, pensar, criar, trocar - estará ajudando a criança a uma compreensão de si mesma, do estar no mundo, do espaço hospitalar, propiciando a redução do trauma causado pela hospitalização, favorecendo um desenvolvimento que não deve ser interrompido em função de uma internação. A Arteterapia entra como meio na construção do conhecimento da vivência hospitalar e na apropriação dos sentidos, numa busca

de soluções, contribuindo para o desenvolvimento cognitivo e emocional, e, conseqüentemente para a saúde das crianças hospitalizadas, contribuindo para sua reintegração à escola após a alta.

É preciso criar diálogos entre as experiências internas, a hospitalização e o mundo externo, humanizando o atendimento e o ambiente hospitalar por meio de procedimentos terapêuticos artísticos, numa atmosfera de motivação e aprendizado por meio da expressão verbal e não verbal. A arte desempenha um papel potencialmente vital na educação das crianças. Desenhar, pintar ou construir constitui um processo complexo em que a criança reúne diversos elementos de sua experiência, para formar um novo e significativo todo. No processo de selecionar, interpretar e reformar estes elementos, a criança proporciona mais do que um quadro ou uma escultura; proporciona parte de si própria: como pensa, como sente e como se vê. “O exagero, a omissão ou a distorção de algumas partes de um mesmo corpo apontam um defeito físico ou alguma anomalia” (LOWENFELD, 1977, p. 7).

3.3 O DESENHO

De acordo com a definição, arte é a capacidade que o homem tem de por em prática uma idéia, valendo-se da faculdade de dominar a matéria. É uma atividade que supõe a criação de sensações ou de estados de espírito, de caráter estético, carregados de vivência pessoal e profunda, podendo suscitar em outrem o desejo de prolongamento ou renovação. Enquanto expressão corresponde à enunciação de pensamento por gestos, palavras escritas ou faladas, sendo o desenho, a expressão simbólica do pensamento (FERREIRA, 1999, p. 64).

O interesse pelo desenho infantil data dos fins do século XX. Inicia-se com as observações psicológicas e formais do poeta e crítico de arte italiano Conrado Ricci, que estimulam a partir daí um estudo mais profundo da expressão artística da criança. De 1880 a 1900, descobre-se a originalidade do desenho infantil. Em 1926, o desenho é introduzido nos estudos psicanalíticos. Os desenvolvimentos científicos do início do século XX trazem uma confluência dos trabalhos de psicologia experimental com os estudos da arte infantil, propondo novos enfoques interpretativos, ampliados pela psicologia, pela pedagogia, sociologia e estética da arte. Neste momento, os estudos sobre o desenho beneficiam-se da contribuição considerável da obra de Piaget. Surge a partir daí o conceito dos estágios de evolução em relação ao desenvolvimento cognitivo. Se junta a isto a evolução das técnicas gráficas e plásticas, a difusão cada vez maior do papel e do lápis e as mutações da arte, quando artistas modernos como Juan Miró, Paul Klee, Pablo Picasso, rejeitando o museu e o ensino tradicional, desejam voltar ao ponto zero da criação e se voltam para formas de

produção não tradicionais. Cresce o interesse pelo desenho infantil, pela expressão espontânea e original, o entusiasmo pelo folclore, pela produção dos primitivos e dos doentes mentais. (MEREDIEU, 1995).

O desenho da criança apresenta fases que correspondem aos diferentes estágios do desenvolvimento humano, sendo a expressão uma manifestação da totalidade cognitiva e afetiva. De acordo com Meredieu (1995), o estudo dessas primeiras manifestações é muito importante para quem quiser compreender a arte infantil, pois ela condiciona toda a atividade futura da criança.

O desenho da criança desenvolve-se paralelamente à sua evolução psicomotora. Para Piaget e Luquet (1970, *apud* MEREDIEU, 1995), existem diferentes estágios do grafismo infantil segundo o desenvolvimento cognitivo:

- a) garatuja: inicia-se com conhecimento de causa e efeito, por volta dos 18 meses. É o deixar marcas. Base das primeiras experiências sensoriais. Compreende em sua evolução os rabiscos aleatórios, seguido dos rabiscos intencionais e em seguida os rabiscos nomeados;
- b) realismo fortuito: que se inicia por volta dos dois anos, quando termina a etapa da garatuja. A criança descobre uma analogia em seu traçado e passa a representar o real. Dá nome às formas. Alguma idéia que teve no momento. Dá nomes sucessivos e diferentes ao mesmo traçado;
- c) realismo gorado ou fracassado: começa geralmente entre três e quatro, etapa em que a criança procura reproduzir formas, sobrevivendo sucessos e fracassos;
- d) realismo intelectual: inicia-se aos quatro anos mais ou menos e se estende até por volta dos dez anos. A criança desenha do objeto não o que vê, mas o que sabe dele. Repete os mesmos símbolos. É a fase do desenho em transparência, onde o objeto é representado ao mesmo tempo de fora e de dentro, e do plano deitado, uma tentativa de desenhar em perspectiva;
- e) realismo visual: geralmente se dá por volta dos doze anos, mas pode acontecer a partir dos oito, nove anos. O desenho é substituído pelo uso da perspectiva e pela submissão às suas leis empobrecendo-se. Diante de uma crescente consciência visual, a criança procura desenhar o que vê. Pode-se dizer que acontece um empobrecimento de sua expressão com a perda do humor, suprimimento de detalhes e uma busca estética.

Segue-se uma fase de repressão, dos onze aos quatorze anos mais ou menos. É a fase do “eu não sei desenhar”. Repressão ligada a aspectos emocionais, a uma maior consciência de observação, aumento da capacidade de apreciação estética e autocrítica.

A partir dos quinze anos, se bem trabalhada a criança, dá-se o nascimento de uma verdadeira atividade artística. Considerada a fase do renascimento.

Não existe uma arte capaz de engajar mais a inteligência do que o desenho. O desenho funciona como um espelho que reflete a pessoa. Além de sua função terapêutica, nos serve como diagnóstico. Conforme Di Leo (1985) o desenho é auxiliar de diagnóstico, apresentando um forte componente afetivo.

“É necessário conhecer a evolução do desenho da criança normal, para um melhor entendimento do desenvolvimento gráfico da criança especial” (FRANCISQUETTI, 2007). A evolução gráfica da criança especial apresenta alterações significativas. Várias crianças especiais são lentas em seu processo evolutivo, apresentam uma evolução irregular, com processos neurológicos próprios. O integrar a arte ao trabalho de reabilitação exige uma investigação do desenho infantil do ponto de vista da patologia com o desenho da criança normal. Esta apreende os movimentos, sentindo-os, treinando-os com importante auxílio de seus órgãos sensório motores e proprioceptivos. Quando há lesões podem estar afetadas áreas importantes, alterando a recepção de informações e conseqüentemente as expressões. Assim como também a recepção pode estar íntegra e o processamento prejudicado.

Uhlin (1979 *apud* FRANCISQUETTI, 2007), vítima de poliomielite, professor e diretor do programa de graduação em Arteterapia na Universidade States University em Sacramento, Califórnia, é um dos poucos autores que enfoca o desenho do portador de necessidade especial. Poucas são as pesquisas neste campo. O autor descreve alguns critérios para se determinar disfunções neurológicas por meio do desenho: assimetria, distorções, rotação das formas, perseveração, síntese fraca das partes de uma figura, conjuntos primitivos, linhas mal fechadas. Segundo o autor as assimetrias no desenho da figura humana podem ocorrer em decorrência de distúrbios perceptuais, causados por lesão no hemisfério oposto. Distúrbios táteis visuais podem ser responsáveis por dificuldades de percepção figura e fundo. Quando há lesão cerebral, podem estar afetadas áreas responsáveis pela coordenação e equilíbrio, tônus, trazendo como consequência alterações no desenho.

Copeland (1984 *apud* FRANCISQUETTI, 2007) descreve as características da criança com distúrbios neuromotores destacando a dispersividade, a hiperatividade ou a hipoatividade, a perseveração, distúrbios de atenção, da fala, tendências compulsivas, labilidade emocional. Conforme Francisquetti (2007) pesquisas sobre a projeção corpo-

imagem da criança vem enfatizando a importância da criança desenhar a si mesma ao invés de desenhar uma pessoa qualquer. A autora frisa a necessidade de se trabalhar com materiais que oportunizam o uso do sentido e a conscientização do esquema corporal. Martorama (1954 *apud* FRANCISQUETTI, 2007), em seu estudo de ortopedia envolvendo crianças, encontrou que 94% da população analisada desenhou figuras normais em resposta à técnica de Goodenough “desenhe um homem”. Quando esta mesma população foi solicitada a desenhar um auto-retrato, 72% das crianças revelaram suas fraquezas por meio de exageros, omissões ou distorções.

Num plano mental, desenhar não é puro divertimento, mas, uma relação de domínio e triunfo entre a realidade psíquica e o mundo real, conferindo harmonia ao pensamento e às emoções. Supõe a evocação de uma relação de domínio e triunfo entre a realidade psíquica e o mundo no qual se vive conferindo harmonia ao pensamento e às emoções. Talvez por isso, o desenho organize o mundo interior e abra espaço para a aprendizagem (WINNICOTT, 1975).

Segundo Piaget (1973, p. 107), “as experiências sensório-motoras são bases para o desenvolvimento cognitivo. A fonte do ato inteligente é a ação”. Pesquisadores nos chamam a atenção, no caso do deficiente, para deficiências cognitivas que poderiam ser causadas pela impossibilidade de locomoção, dificuldades na manipulação e exploração de materiais. “Devido as suas limitações pode-se dizer, que essas pessoas acabam sendo privadas de certas experiências sensório-motoras, privações estas, que acabam não dando ao deficiente a medida exata de suas limitações” (RIZZO 1997, p.115). Faz-se necessário olhar para as limitações, considerá-las, para podermos criar caminhos de crescimento vendo no indivíduo um ser vivo, com desejos, alegrias, angústias e fantasias como qualquer outro. À medida que abriremos este espaço eles poderão crescer com liberdade. Crianças em condições normais de vida adquirem uma linguagem simbólica expressiva que é explorada intuitivamente quando se lhes dá oportunidades. Oportunidades estas muitas vezes fechadas ou pouco exploradas no caso da criança hospitalizada. Conforme Vygotsky (1998) as leis que regem o desenvolvimento cognitivo e psicológico da criança deficiente são as mesmas que guiam o desenvolvimento das crianças normais. O grau de normalidade depende de sua adaptação social.

3.4 A PROPOSTA TRIANGULAR DO ENSINO DA ARTE NA PEDAGOGIA HOSPITALAR

Em busca de um equilíbrio no ensino da arte, ora centrado na expressão, ora buscando uma intelectualização acentuada, surge numa linguagem pós-moderna, a *Proposta Triangular de Ensino da Arte*, composta de três ações mentalmente e sensorialmente básicas: a leitura da obra, a história da arte e sua contextualização, e o fazer artístico. É uma abordagem calcada na epistemologia do ensino da arte, que só se realiza através da decodificação, da informação e da experimentação (BARBOSA, 2002). Esta proposta inclui o que de mais importante as pessoas podem fazer com a arte: a realização estética é inerente ao ser humano; a criação artística é insubstituível para a aprendizagem da arte e o desenvolvimento do pensamento, levando a criança a pensar inteligentemente acerca da criação de imagens expressivas; a leitura de obra, ou leitura de imagens, quanto à forma e conteúdo, enfatiza uma leitura de gestos, ações, estendendo-se às necessidades, desejos e expectativas, enfim, é uma leitura de nós mesmos e do mundo em que vivemos; a história da arte e contextualização ajuda a entender algo do lugar e do tempo nos quais a obra está situada e sua relação com o mundo, abrindo-se para o social, o antropológico, o psicológico, ecológico, o tecnológico, sendo um caminho para a percepção, a identidade, a experiência, visto que contextualizar é estabelecer relações. O mundo é cada vez mais dominado pela imagem, por meio da “Proposta Triangular de Ensino da Arte” prepara-se o indivíduo para uma decodificação visual das imagens, da propaganda, da televisão, da internet, do cinema associada a um julgamento, transformando-os em observadores menos passivos (BARBOSA, 1998).

A Proposta Triangular de Ensino da Arte foi trazida ao Brasil pela Dra. Ana Mae Barbosa, professora de pós-graduação em Arte-Educação da Escola de Comunicação e Arte (ECA) da Universidade de São Paulo (USP). Baseada no ensino da arte concebido na Inglaterra e nos Estados Unidos, nos anos 60, que focaliza uma abordagem mais substancial e abrangente do ensino da arte, com o objetivo de elevar a qualidade do ensino e aprendizagem nas escolas. A idéia de inter-relacionar arte como expressão com a cultura, começou com o trabalho desenvolvido nas Escuelas Al Aire Libre, no México, após a Revolução de 1910, que tinham o objetivo de recuperar a consciência cultural e política do povo mexicano. Por meio do ensino de uma gramática visual, buscaram-se padrões de arte e artesanato, estimulando e aprimorando a produção artística no país. Foi o movimento em Arte-Educação mais bem sucedido da América Latina, tornando semente do movimento muralista mexicano. (BARBOSA, 2005)

A Proposta Triangular foi amplamente testada entre os anos de 1987 e 1993, no Museu de Arte Contemporânea da USP (MAC), experimentada e conduzida por Ana Mae Barbosa

nas escolas da rede municipal de São Paulo, em 1983, no período em que Paulo Freire foi secretário da Educação.

Aplicada ao atelier terapêutico, a Proposta Triangular nos oferece conteúdos concretos através da imagem e ajuda a tocar o intocável, ajudando principalmente a quem tem dificuldade de abstração como no caso das crianças especiais. Conforme Barbosa (1998), a Abordagem Triangular com os deficientes não estimula apenas a manifestação de sua interatividade, mas expande a sua relação com a cultura.

O processo de leitura das obras é baseado no Sistema de Crítica Image Watching desenvolvido pelo professor Dr. Robert William Ott (1988), do Departamento de Arte-Educação da Penn State University, que se resume em:

- a) aquecimento do ato de ver: buscando uma maior concentração e sensibilização;
- b) descrevendo: onde se propõe que se observe a obra estudada e se faça uma lista de tudo o que se percebe. Todos os detalhes;
- c) analisando: onde se pede que o apreciador analise a maneira como foi executada a obra quanto aos elementos da composição: formas, linhas, cores, texturas, figuras, movimentos, suporte, técnica, etc.;
- d) interpretando: é o momento das colocações pessoais: Como recebemos ou entendemos a obra? Que sensações ela lhe provoca? Gostei, não gostei, por que? Qual o título que você daria para a obra? O que você modificaria? Depoimentos e relações que levam em conta a opinião de cada um. Não o que o artista quis dizer, mas o que a obra diz a cada um;
- e) fundamentando: é a hora do conhecimento adicional disponível na história da arte. Informações que auxiliam na compreensão da obra;
- f) revelando: na qual é proporcionada a oportunidade de revelar o conhecimento obtido através da expressão artística. É o momento do fazer artístico.

É preciso ensinar a ver através de uma atenção seletiva. Nossas experiências se constroem sobre aquilo em que concordamos em prestar atenção. A percepção visual é um processo criativo. A maioria das impressões de mundo e memória a respeito delas é baseada na visão. O grau em que a percepção visual é transformadora e, portanto criativa só recentemente foi plenamente apreciado. O ponto de vista cognitivo moderno de que a percepção é um processo ativo e criativo, envolvendo mais que apenas a entrada de informações sensoriais foi primeiro articulado pelos psicólogos que fundaram a escola da psicologia da Gestalt. A concepção gestáltica vê o homem como um organismo vivo na sua relativa adaptação ao meio.

“Grande parte das informações sensoriais são filtradas e eliminadas dentro do cérebro. Assim desconsideramos o fundo e uma imagem quando focalizamos a figura” (KANDEL; SCHWARTZ; JESSELL, 1994, p. 323).

Segundo Kandel; Schwartz e Jessell (1994, p. 313),

nossos olhos estão acostumados a se fixar sobre objetivos específicos. No momento em que isso acontece tudo em torno é reduzido a fundo... o olho humano e a mente não se ocupam com duas coisas ao mesmo tempo de modo que tem que haver um salto rápido e contínuo de um lado para outro.

É um princípio da percepção visual: apenas parte da imagem é selecionada como foco da atenção, enquanto o resto é considerado fundo.

O processo visual é complexo. No cérebro três vias paralelas processam informações sobre profundidade e forma, movimento, cor. Simplesmente olhar o mundo e reconhecer uma face ou uma paisagem é uma tarefa extraordinária mais difícil que o processamento de informações necessárias para resolver problemas lógicos (KANDEL; SCHWARTZ; JESSELL, 1994, p. 111-112).

4 O SISTEMA PREVENTIVO DE DOM BOSCO

O Sistema Preventivo é uma experiência educativa desenvolvida por Dom Bosco (1815-1888), que se prolongou no tempo e no espaço através das comunidades de educadores salesianos, e que se atualiza sempre e de forma dinâmica. Mais de um século da experiência desenvolvida manifesta-se ainda válido e atual. Isto se deve à força dos seus valores. Uma de suas mensagens refere-se à prevenção, à sua urgência, às suas vantagens e, às responsabilidades envolvidas. A prevenção permite livrar o peso das experiências negativas que colocam em risco a saúde física, o amadurecimento psicológico, o desenvolvimento das potencialidades e o bem estar no mundo.

Num mundo em que os jovens são traídos, dissecados, triturados instrumentalizados, o Senhor confiou-vos uma pedagogia em que triunfa o respeito pelo jovem, pela sua grandeza e pela sua fragilidade, pela sua dignidade de filho de Deus. Conservai-a, renovai-a, rejuvenecei-a, enriquecei-a de todas as descobertas modernas, adaptai-a a essas criaturas do século XXI e aos seus dramas [...] (DUVALLET, 1974 *apud* CHAVEZ, 2008, p. 9).

“É preciso um novo Sistema Preventivo [...] Não quero dizer que muda o Sistema Preventivo, mas que deve renovar-se o modo de pensá-lo, de aplicá-lo, de sublinhar seus valores e de entrar no interior das prioridades” (SCARAMUSSA e SILVA FILHO, 1995, p.1). De acordo com os autores isto implica uma tarefa de reflexão sobre o Sistema Preventivo, seus principais fundamentos e valores e como relê-lo nos dias de hoje.

Dom Bosco compartilhava a concepção de que a educação é uma forma de prevenção da marginalização e de melhoria da sociedade, junto às obras de promoção social, de beneficência ou de assistência.

No contexto atual, a preventividade supõe uma intervenção social, política, da juventude, da família, da cultura e da saúde. A educação não se reduz à relação educador-educando no interior de um processo pedagógico. Ela deve se inserir no contexto social e estar engajada na sociedade, com seus dinamismos e seus conflitos.

A proposta educativa de Dom Bosco fundamentada na Razão, na Religião e na Amorevolezza, dá origem a um programa constituído em torno de três núcleos interdependentes, os três “S”:

- a) a *Saúde*: em sua dimensão corporal e afetiva, como sinônimo de vida e da alegria de viver;

- b) a *Sabedoria*: numa dimensão sócio-cultural, na compreensão da vida, no situar-se no tempo e no espaço, no saber viver;
- c) a *Santidade*: no que diz respeito à dimensão religiosa quanto ao sentido da vida, o porquê e o para quê viver.

Os novos tempos nos chamam a atenção para os direitos da criança e se junta aí uma preocupação com as crianças hospitalizadas e a necessidade de um projeto, que leve em consideração estes três “S”, segundo os princípios do humanismo cristão, na promoção da saúde, na qualidade e no sentido da vida.

Os tempos mudaram e mudaram também as exigências, e, portanto devem-se mudar os modelos educativos, os modos de intervenção. Viver hoje o Oratório de Dom Bosco no contexto hospitalar é cultivar uma prática amorosa solidária, no serviço solidário aos enfermos, orientado por princípios éticos cristãos, na perspectiva de um processo de humanização, no respeito e na promoção de sua dignidade e saúde.

Tem-se nas mãos a pedagogia de Dom Bosco. Uma pedagogia na qual triunfa o respeito pelo jovem, pela sua grandeza e pela sua fragilidade, pela sua dignidade de filho de Deus. Uma pedagogia que deve ser conservada, renovada, rejuvenescida, enriquecida com todas as descobertas modernas, adaptadas às exigências das criaturas do século XXI e aos seus dramas. Esta é uma maneira de fazer com que as palavras de Dom Bosco se tornem realidade nos dias de hoje.

4.1 PREVENTIVIDADE E ARTETERAPIA

No campo da saúde, de um modo geral, constatam-se inúmeras situações de extrema carência humana, social e espiritual. A humanização do espaço hospitalar torna-se uma necessidade e responsabilidade compartilhada, dentro de uma visão multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Numa dimensão sociocultural a arteterapia entra como estratégia de preventividade no acolhimento à criança, ao adolescente e à família destes pacientes, diminuindo a ansiedade da hospitalização, buscando a compreensão do espaço hospitalar, do sentido da doença, transformando o ambiente hospitalar num espaço de vida e esperança.

Uma das mensagens de Dom Bosco se refere certamente à prevenção, à sua urgência, às suas vantagens, ao seu valor e responsabilidades envolvidas. De acordo com Dom Bosco a educação é um elemento fundamental para a prevenção, de modo a reconstruir a identidade de seres humanos, revitalizar valores, descobrir um sentido de viver e viver com alegria. Educar,

pois, com o coração de Dom Bosco é viver o Sistema Preventivo, numa proximidade afetiva e efetiva, buscando as situações de fragilidade humana, apostando nos recursos positivos de cada jovem, principalmente o mais desgastado pela doença, empenhando pela sua educação com amor e reforço da auto-estima. Educar com o coração de Dom Bosco significa promover a cultura da vida e a mudança das estruturas que a ameaçam, a possibilidade de comunicar valores e a transmissão de uma nova realidade (CHAVEZ, 2008).

Empenhar pelo campo da saúde é uma resposta concreta aos apelos do tempo presente, sintonizado com os apelos de Dom Bosco. A saúde entra em forte sintonia com a aspiração de Dom Bosco. Sendo o foco da Preventividade os jovens à mercê da vulnerabilidade sócio-econômica e cultural, sobretudo os mais carentes e necessitados, o parâmetro entre a Arteterapia e o Sistema Preventivo se torna pertinente.

4.2 ARTETERAPIA COMO PASTORAL HOSPITALAR

“Tive fome e me destes de comer. Tive sede e me destes de beber. Era forasteiro e me recolhestes. Estava nu e me vestistes, doente e me visitastes, preso e viestes ver-me. Cada vez que o fizestes a um desses meus irmãos mais pequeninos, a mim o fizestes” (MATEUS cap. 25, vers. 35-37).

A mensagem cristã acima se resume no amor e na misericórdia. A compaixão de Cristo para com os que sofrem é tão grande que o próprio Jesus Cristo se identifica com eles. Nossa solidariedade com os que sofrem torna-se um serviço ao próprio Deus. Esta identificação nos leva a um compromisso com uma mensagem que deve ser traduzida em gestos concretos. Gestos que ressaltem o respeito pela liberdade das pessoas, que haja integração de todos os campos do conhecimento para que não se tenha uma visão fragmentada da pessoa humana, que se permita um diálogo entre a fé e a razão, numa abertura para a transcendência e no sentido profundo da existência, que seja garantida a ética fundamentada sobre os valores e a dignidade da pessoa humana. A Pastoral Hospitalar é uma atitude de serviço da Igreja que se inspira na imagem bíblica do Bom Pastor, aquele que dá a vida por suas ovelhas. Por esta razão, todo empenho da Igreja, num campo específico traduz-se pela palavra pastoral. A Pastoral Hospitalar tem esse mesmo sentido enquanto serviço voltado à pessoa humana em momentos decisivos da sua existência (JULIATTO, 2005).

É missão da Pastoral Hospitalar proporcionar conforto moral, assistência espiritual, suporte emocional e psicológico aos pacientes e a seus familiares, amenizando a problemática que ordinariamente acompanha as pessoas hospitalizadas. Cabe à pastoral animar e valorizar a

vida como um dom de Deus. Ser presença de esperança, acolhida, ajuda e compreensão, transmitindo paz e coragem. Ajudar os pacientes para que sua passagem pelo hospital seja uma descoberta de maior sentido para a vida, ajudando as pessoas a descobrirem Deus em sua vida, despertando a confiança Nele, cultivando a fé respeitando a crença religiosa de cada um. A fé traz maior humanização. O homem encontra na fé uma razão para viver com dignidade numa estreita ligação entre fé e esperança. “Deus é o fundamento da esperança – não um deus qualquer, mas aquele Deus que possui um rosto humano e que nos amou até ao fim: cada indivíduo e a humanidade no seu conjunto” (BENTO XVI, 2007, p. 31). “A fé cristã é também uma esperança que transforma e sustenta nossa vida. É performativa. Quem tem esperança vive diversamente” (BENTO XVI, 2007, p. 2).

Certamente é preciso fazer tudo o possível para diminuir o sofrimento: impedir, na medida do possível, o sofrimento dos inocentes; amenizar as dores; ajudar a superar os sofrimentos psíquicos [...] Na luta contra a dor física conseguiu-se realizar grandes progressos; mas o sofrimento dos inocentes e inclusive os sofrimentos psíquicos aumentaram durante os últimos decênios. Devemos – é verdade – fazer tudo por superar o sofrimento, mas eliminá-lo completamente do mundo não entra nas nossas possibilidades, simplesmente porque não podemos desfazer-nos da nossa finitude (BENTO XVI, 2007, p. 36).

A Arteterapia se enriquece com a visão e a experiência da Pastoral Hospitalar. Deve-se ser solidários com aqueles que sofrem. Uma solidariedade que deriva da nossa consciência da natureza misteriosa do sofrimento e do seu lugar no plano amoroso de Deus para cada indivíduo. “A solidariedade se aprende iniciando-se na prática de uma solidariedade ativa e concreta. Uma ação solidária promoverá a fortaleza, reavivará a esperança para vencer o conformismo, reativará o crescimento pessoal e abrirá novos horizontes a uma nova vida fraterna” (SAAVEDRA, 2006, p. 123).

A humanização dos cuidados prestados aos doentes, a atenção às suas famílias e uma particular sensibilidade pelas crianças e adolescentes, torna o trabalho da Arteterapia um testemunho de caridade.

Procurar novas e mais eficazes formas de aliviar o sofrimento é uma causa justa, todavia, o sofrimento permanece um fato fundamental da vida humana. De certa maneira, ele é tão profundo como o próprio homem e chega a tocar a sua própria essência. A investigação e o tratamento no campo das ciências médicas não explicam de forma completa nem eliminam totalmente o sofrimento. Na sua profundidade e nas suas múltiplas formas, o sofrimento deve ser considerado a partir de uma perspectiva que transcenda o aspecto meramente físico (JOÃO PAULO II, 2001, p. 2).

5 MARCO METODOLÓGICO

5.1 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

As estruturas de saúde, sobretudo as Instituições Públicas, carecem de um processo efetivo de humanização. A humanização do espaço hospitalar torna-se uma necessidade e responsabilidade compartilhada. É possível investigar, através da Arteterapia, em que condições emocionais chegam à criança e seu acompanhante, geralmente a mãe, ao ser internada a criança para um tratamento cirúrgico, no recinto hospitalar da AACD, através do SUS. A arteterapia torna-se um apoio adequado à criança e à sua família durante o período de internação sendo uma intervenção adequada para que o impacto da experiência hospitalar seja menor.

Este trabalho apresenta uma pesquisa que objetiva também discutir e analisar a função social da arte, por meio da Arteterapia. Busca investigar o papel da Arteterapia no contexto hospitalar a partir da proposta da Pedagogia Hospitalar, um ramo da educação que defende a educação nos hospitais como prevenção, evitando-se assim um retrocesso no processo educativo, dentro de uma flexibilização e uma adaptação às demandas da criança. Pretende-se aplicar a Arteterapia como estratégia de preventividade no acolhimento à criança, ao adolescente e à família destes pacientes, diminuindo a ansiedade da hospitalização. Busca-se a expressão saudável de seus medos e sentimentos de forma que os objetivos da Pedagogia Hospitalar sejam reforçados pela Arteterapia. A decisão do empenhar pelo campo da saúde é uma resposta concreta aos apelos do tempo presente e entra em sintonia com a inspiração de Dom Bosco. Sendo o foco da Preventividade os jovens à mercê da vulnerabilidade sócio-econômica e cultural, sobretudo os mais carentes e necessitados, o parâmetro com o Sistema Preventivo tem consistência.

5.2 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

5.2.1 Objetivo geral

Dar atendimento emocional e cognitivo, às crianças e adolescentes durante o período de internação, através da Arteterapia, dando também atenção especial a seus familiares,

favorecendo um desenvolvimento, que não deve ser interrompido em função da hospitalização, contribuindo para a reintegração da criança à escola após alta hospitalar.

5.2.2 Objetivos específicos

- Oferecer acolhimento através da Arteterapia durante o período de internação à criança e seus familiares, prevenindo sentimentos de isolamento
- Propiciar à criança a compreensão do espaço hospitalar, reduzindo o trauma causado pela hospitalização
- Possibilitar a expressão dos medos, ansiedades e expectativas por meio da expressão artística trabalhando a socialização da criança afastada da escolarização
- Contribuir para a reabilitação e o desenvolvimento cognitivo das crianças e adolescentes

5.3 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Trata-se de um trabalho descritivo prospectivo observacional, estudo de série de casos, um estudo qualitativo, de corte avaliativo hermenêutico, numa análise comparativa com a literatura.

A investigação busca compreender o papel da arteterapia no campo da pedagogia hospitalar e sua contribuição para a saúde da criança hospitalizada. Trata-se de uma pesquisa ação que parte da leitura dos prontuários da Instituição, associada à pesquisa de campo, trabalhando-se a expressão por meio do desenho.

Primeiro é feito um levantamento das cirurgias agendadas pelo Serviço Social. Inicia-se a coleta dos dados e informações do estado da criança por meio da leitura de um prontuário preenchido pela equipe multidisciplinar da AACD e do prontuário hospitalar, completando-as no diálogo aberto com a mãe ou acompanhante. A arteterapeuta se informa sobre a situação clínica de cada criança a fim de que temas relacionados com o corpo humano e a própria doença também sejam abordados. Para isso, trabalha interagindo com toda a equipe hospitalar. Segue-se o contato com a criança, respeitando-se as individualidades. É apresentado o Termo de Esclarecimento e Concordância, com todas as informações necessárias, assim como o Termo de Consentimento de uso de imagem e voz, deixando bem claro a liberdade e participação na pesquisa (ANEXOS A e B). Segue-se a pesquisa realizada a partir das internações e em dois momentos: no pré e no pós-cirúrgico.

A investigação tem um enfoque qualitativo. O método qualitativo mostra-se mais viável, pois, pretende-se uma compreensão profunda do problema, dos comportamentos, atitudes e convicções. Busca-se durante o processo um acompanhamento das decisões, um estar com o outro e para o outro, ouvindo através das lacunas e dos silêncios, das falas, expressões e gestos, condutas e posturas.

A proposta se desenrola em dois grupos: num primeiro momento com as crianças hospitalizadas para cirurgia, que permanecem internadas em média quinze dias e recebem alta do centro cirúrgico após este tempo, porém, podem permanecer na Instituição para tratamento, exercícios fisioterapêuticos, novas adaptações a aparelhos e outras terapias, podendo permanecer internadas para reabilitação por várias semanas ou meses. Neste momento a criança se desloca para os atendimentos nos diversos setores, inclusive para a sala de arte- reabilitação.

Foram atendidas no total 18 crianças, sendo 10 crianças no leito hospitalar e 8 crianças no Setor de Arte-reabilitação.

5.4 ATENDIMENTO NO LEITO HOSPITALAR

Trabalho executado com crianças e adolescentes, numa faixa etária de 8 a 13 anos, internados para intervenções cirúrgicas, no recinto do Hospital Abreu Sodré, AACD - SP, de Abril a Outubro de 2009. Foram feitos dez estudos de casos sendo quatro meninos e seis meninas.

Utilizou-se o desenho como técnica projetiva com coleta no pré e no pós-cirúrgico feito no papel canson e utilizando-se canetas hidrocor. Segue-se a complementação do desenho do esquema corporal sugerido e o desenho no suporte tridimensional do boneco de pano.

Como metodologia o desenho do auto-retrato e o da família, no momento da internação, seguidos da observação no comportamento da criança, fala ou formas expressivas. Dá-se as seguintes instruções: faça seu retrato, em seguida o de sua família. É feita a análise formal dos desenhos e o levantamento dos itens de acordo com um protocolo do setor da arte reabilitação da AACD, onde se estabelece a análise formal quanto ao espaço, simetria, traçado, gestalt, rotação perseveração, tamanho, detalhes, assim como os aspectos sociais, condições familiares, atmosfera emocional, aspectos cognitivos e simbólicos de acordo com os “Estágios de Desenvolvimento Cognitivo” de Piaget (PIAGET e INHELDER, 1970, p. 46).

Após a cirurgia, passado o impacto dos primeiros momentos, quando então a criança volta para a enfermaria pede-se novamente o desenho do auto-retrato. Segue-se a identificação dos sentimentos e sensações no desenho sugerido do esquema corporal. Pede-se que complete o desenho com olhos, boca, nariz, e que expresse nele o que aconteceu com ela em relação à sua cirurgia. Segue-se a interação com o boneco de pano que recebe uma identidade através do desenho. Dando-lhe um boneco de pano todo em branco, peço-lhe que o complete e em seguida identifique o lugar de sua doença ou cirurgia ou o lugar de sua dor. Deixo-a interagir com o boneco como quiser, por meio do desenho, fazendo curativos ou por meio de brincadeiras. Neste processo somos regidos por um princípio fundamental que é o cuidado em não invadir a criança em seu processo criativo.

Os materiais e técnicas expressivas utilizados buscam facilitar uma experiência artística e terapêutica de acordo com o Continuum das Terapias Expressivas (ETC) (KAGIN e LUSEBRINK, 1978). O ETC é um modelo conceitual para ser utilizado pelos vários campos de atividades artísticas expressivas. Possibilita observar o nível sensório-motor, perceptual-afetivo e o cognitivo-simbólico da pessoa, englobando todos os níveis de criatividade. Enfatiza as propriedades dos materiais de arte e sistemas de abordagem apropriados, no que podem influenciar o comportamento do indivíduo no processo de reabilitação. O ETC está diretamente relacionado com a sequência expressiva encontrada no desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget (PIAGET e INHELDER, 1970, p. 46).

5.4.1 Resultados

No QUADRO 1 observa-se a relação dos atendimentos das crianças no Centro Cirúrgico do Hospital Abreu Sodré, AACD. Foram atendidas 10 crianças, sendo cinco portadoras de Mielo Torácico (MT), três Mielo Lombar Baixo (MLB), uma Mielo Lombar Alto (MLA) e uma Mielo Lombar Assimétrica: Lombar Alto à direita (MLAD) e Lombar Baixo à esquerda (MLBE).

QUADRO 1: Crianças avaliadas no Hospital Abreu Sodré, AACD-SP

<i>Siglas</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Diagnóstico</i>
VFL	8 anos	Fem.	1ª série	Mielo torácico + hidrocefalia
EJP	8 anos	Masc.	2ª série	Mielo Lombar baixa +hidrocefalia
LCSS	9 anos	Masc.	3ª série	Mielo torácico + hidrocefalia
JAS	9 anos	Fem.	2ª série	Mielo lombar alto + hidrocefalia
SPF	11anos	Fem.	5ª série	Mielo torácico + hidrocefalia
SRSS	12 anos	Fem.	5ª série	Mielo lombar baixa + hidrocefalia
LCM	13 anos	Masc.	7ª série	Mielo lombar baixo + hidrocefalia
KAFI	13 anos	Fem.	7ª serie	Mielo torácico + hidrocefalia
MML	13 anos	Masc.	Alfabetizado	Mielo torácico + hidrocefalia + acuidade visual ausente
BMMS	13 anos	Fem.	6ª série	Mielo assimétrica LA(D) LB (E) + hidrocefalia

Fonte: AACD-SP.

5.4.1.1 Criança 1 – VFL

Criança portadora de MM torácico, mais hidrocefalia e alergia ao látex. Oito anos de idade, sexo feminino. Escolaridade: 1ª série. Tratamento cirúrgico: ampliação vesical (bexiga).

A criança usa cadeira de rodas. Já fez diversas cirurgias. Aspectos cognitivos aparentemente normais, conforme avaliação psicológica da AACD. Segundo queixa da mãe, a criança não vai bem nos estudos. A professora diz que ela tem dificuldade de memorização. A criança gosta de ir à escola.

Recém internada no hospital, está um pouco excitada, irrequieta. A mãe, grávida de seu terceiro filho, mostra-se angustiada e preocupada.

5.4.1.1.1 Avaliação pré-cirúrgica

Em seu desenho do auto-retrato, retrata-se na cadeira de rodas, ocupando apenas a parte superior da folha. Não tem chão. Pergunto-lhe como está a criança que ela desenhou: –

Feliz! No desenho da família, a criança se retrata novamente na cadeira de rodas, porém, sem braços. Inclui a casa em seu desenho espontaneamente. Omite a figura do pai (FIGURA 1).



A

B

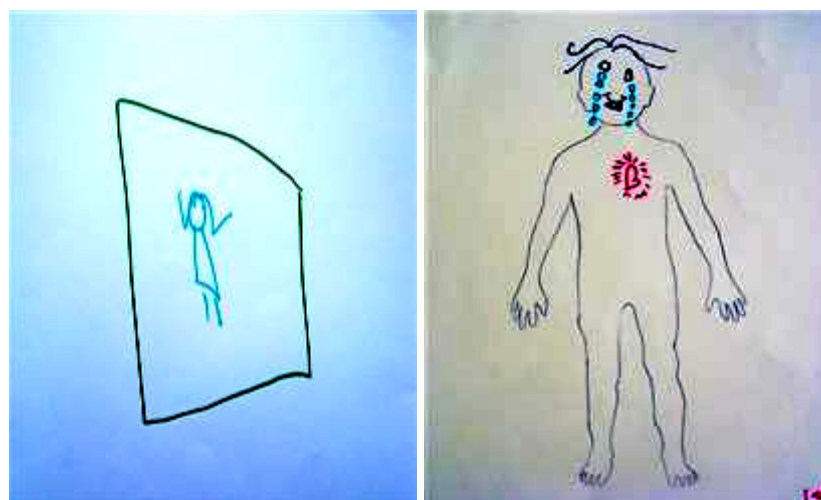
FIGURA 1: VFL – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.1.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

Na pós-cirurgia peço-lhe novamente o desenho do auto-retrato. Seu desenho é muito pobre em se comparando com o primeiro. A figura sem braços, sem boca, sem nariz, isola-se num quadrado. Na expressão dos sentimentos e sensações no desenho do esquema corporal, a criança completa apenas a parte superior da imagem: o rosto com lágrimas enormes, dentes à mostra e o coração pulsando (FIGURA 2).



A

B

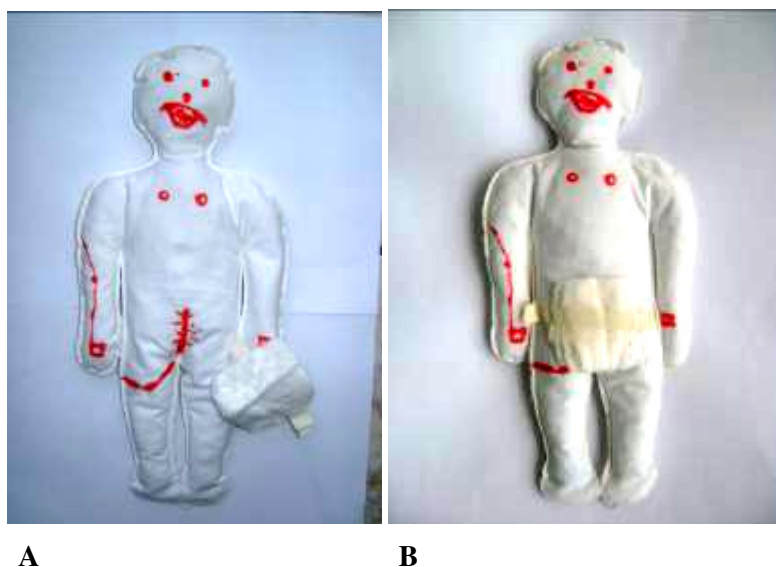
FIGURA 2: VFL – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Sentimentos e sensações

Segue-se o desenho no boneco de pano. A criança interage prontamente, com energia, registrando o local de sua cirurgia, o local da agulha onde recebe o soro e o canal por onde passa a sonda urinária. Completa a imagem com olhos, nariz e boca. Dentes à mostra.

– “Está sem o curativo”, diz quando termina. Pergunto-lhe se quer colocá-lo. Ela diz que sim. Fez então o curativo com algodão e esparadrapo (FIGURA 3).



A

B

FIGURA 3: VFL – Desenhos no suporte do boneco de pano

A. Sem curativo

B. Com curativo

5.4.1.2 Criança 2 – EJP

Criança portadora de MLB mais hidrocefalia. Oito anos de idade, sexo masculino. Escolaridade: 2ª série. Tratamento cirúrgico: cirurgia em membros inferiores.

Faz uso de cadeira de rodas. Dependente nas atividades da vida diária (AVDs). Criança não sabe ler. Mãe se mostra preocupada com a situação escolar do filho: – “Como será que vai ser?”.

5.4.1.2.1 Avaliação pré-cirúrgica

O desenho do auto-retrato é pobre, mal estruturado, comparado com desenhos de crianças de sua idade. No desenho da família a criança não se inclui (FIGURA 4).

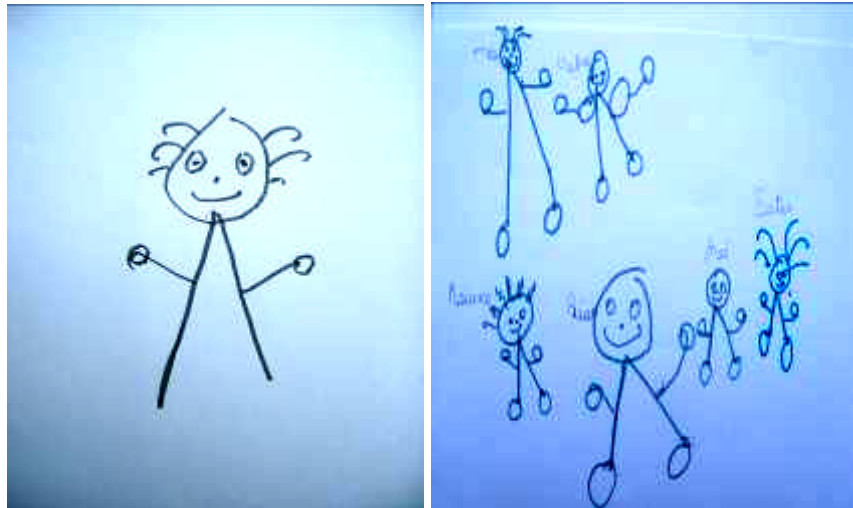
**A****B**

FIGURA 4: EJP – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.2.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

No auto-retrato, a auto-imagem se isola num círculo e no desenho do esquema corporal, a criança localiza suas cicatrizes (FIGURA 5).

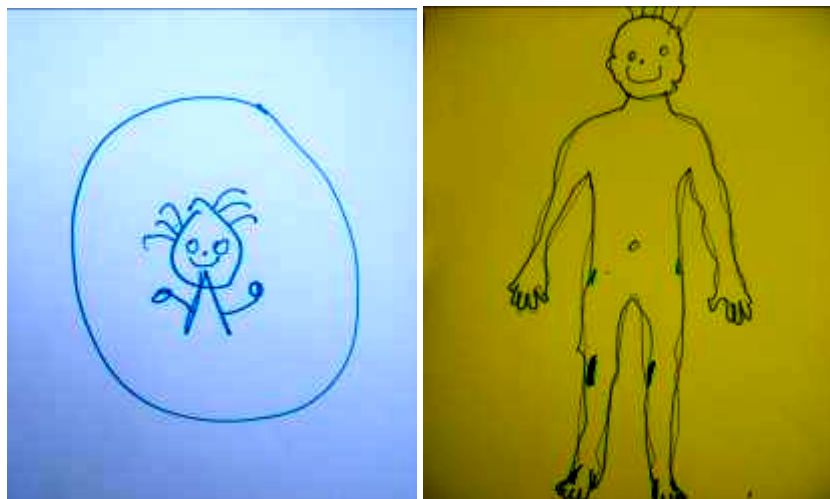
**A****B**

FIGURA 5: EJP – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal

No desenho do boneco, a criança desenha o rosto e o coração e nas costas o orifício por onde passa a sonda urinária (FIGURA 6).

**A****B**

FIGURA 6: EJP – Desenhos no suporte do boneco de pano

A. Com rosto e coração

B. Orifício da sonda urinária

5.4.1.3 Criança 3 – LCSS

Criança portadora de MM torácico mais hidrocefalia, alérgico ao látex. Nove anos de idade, sexo masculino. Escolaridade: 3ª série. Tratamento: cirurgia de coluna.

Usa cadeira de rodas. Semi-independente nas AVDs. Na escola apresenta certa dificuldade em acompanhar a classe, segundo relatos da mãe.

5.4.1.3.1 Avaliação pré-cirúrgica

Desenho do auto-retrato mal estruturado comparado com desenhos de crianças de sua idade. No desenho da família a criança se insere ao lado da irmã. Insere pai e mãe no contexto familiar (FIGURA 7).

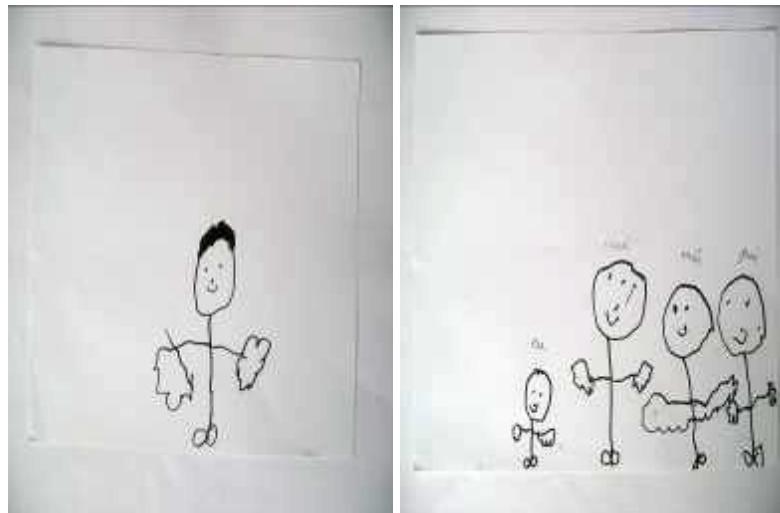
**A****B**

FIGURA 7: LCSS – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.3.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

No segundo auto-retrato criança se retrata no contexto hospitalar. Na expressão dos sentimentos e no esquema corporal, escolhe o preto e risca toda a figura num gesto ansioso; a expressão do rosto é marcante (FIGURA 8).

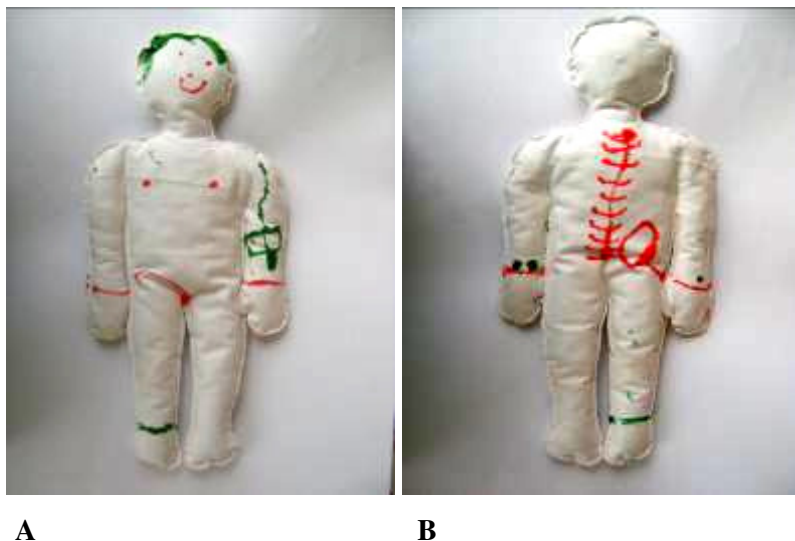
**A****B**

FIGURA 8: LCSS – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal

No desenho do boneco desenha sua cirurgia da coluna com os “grampos”. A mãe já havia lhe mostrado em fotografia como ficaram suas costas. Coloca a sonda e a bolsa urinária, a agulha com o soro (FIGURA 9).



A **B**
 FIGURA 9: LCSS – Desenhos no suporte do boneco de pano
A. Com sonda e bolsa urinária, agulha com o soro
B. Cirurgia da coluna com os grampos

5.4.1.4 Criança 4 – JAS

Criança portadora de MLA mais hidrocefalia. Nove anos de idade, sexo feminino. Escolaridade: 2ª série. Tratamento: cirurgia para correção no pé esquerdo com colocação de fixadores externos.

Sua segunda cirurgia nos pés, entre outras tantas. Usa cadeira de rodas. Na escola apresenta aproveitamento regular. Tem preguiça de escrever segundo a mãe. Criança comunicativa e adequada. Mãe e filha bem informadas e tranquilas quanto à cirurgia.

5.4.1.4.1 Avaliação pré-cirúrgica

O desenho da criança é pobre, sem detalhes. O auto-retrato traz uma figura bem pequena no canto esquerdo da página. No desenho da família, a criança se insere. Desenha tios, avós, mãe e irmã. Exclui a figura do pai (FIGURA 10).

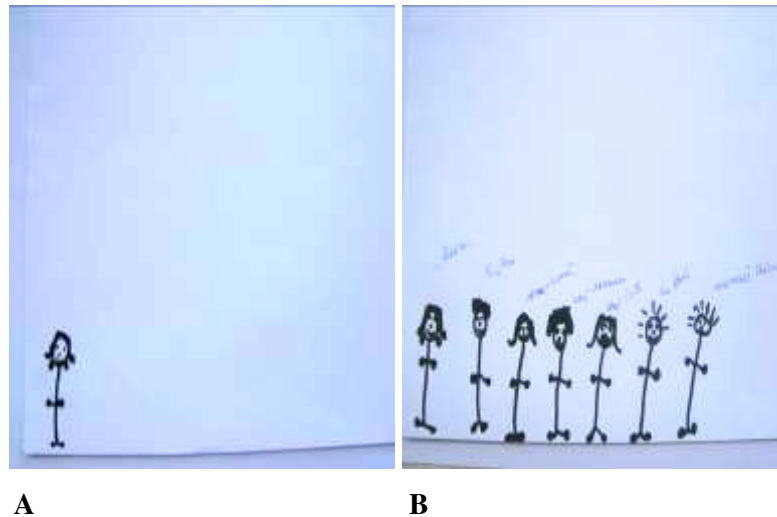
**A****B**

FIGURA 10: JAS – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.4.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

No segundo auto-retrato insere a casa espontaneamente. No esquema corporal sugerido desenha suas dores: dor de cabeça e de barriga e o local por onde passa a sonda urinária (FIGURA 11)

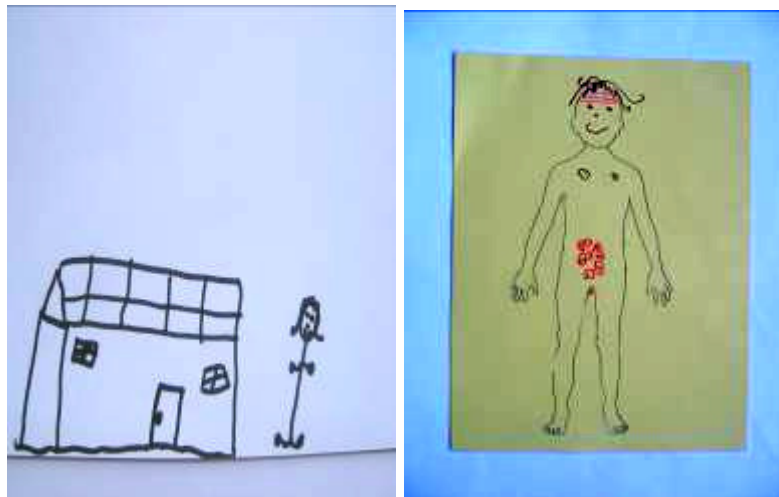
**A****B**

FIGURA 11: JAS – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Sentimentos e sensações

No desenho do boneco de pano só o rosto e uma marca no coração. – “Não sinto meus pés” (FIGURA 12). Nas costas não desenha.



FIGURA 12: JAS – Desenho no suporte do boneco de pano

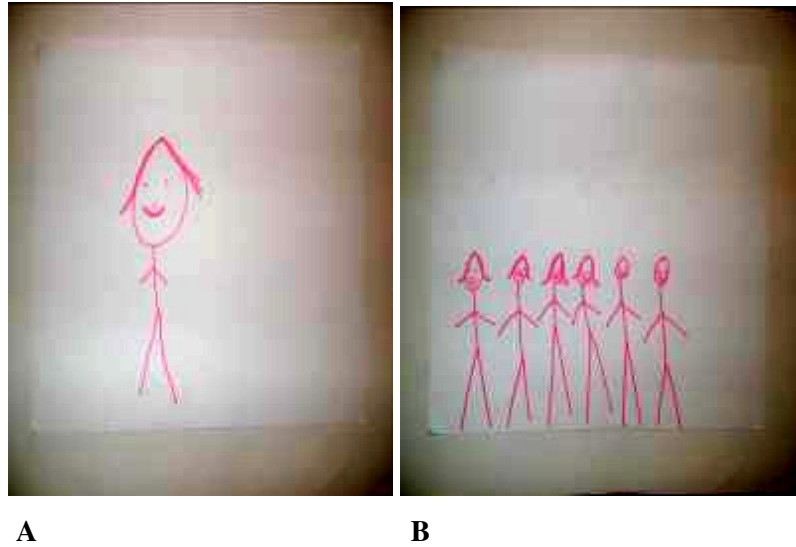
5.4.1.5 Criança 5 – SPF

Criança portadora de MM torácico mais hidrocefalia. Onze anos de idade, sexo feminino. Escolaridade: 5ª série. Tratamento: cirurgia de joelho.

É sua 18ª cirurgia. Mãe se mostra ansiosa: – “A gente fica com medo, pois tudo é delicado. Quando ela opera não quer que eu saia de perto”. Na escola tem poucos amigos.

5.4.1.5.1 Avaliação pré-cirúrgica

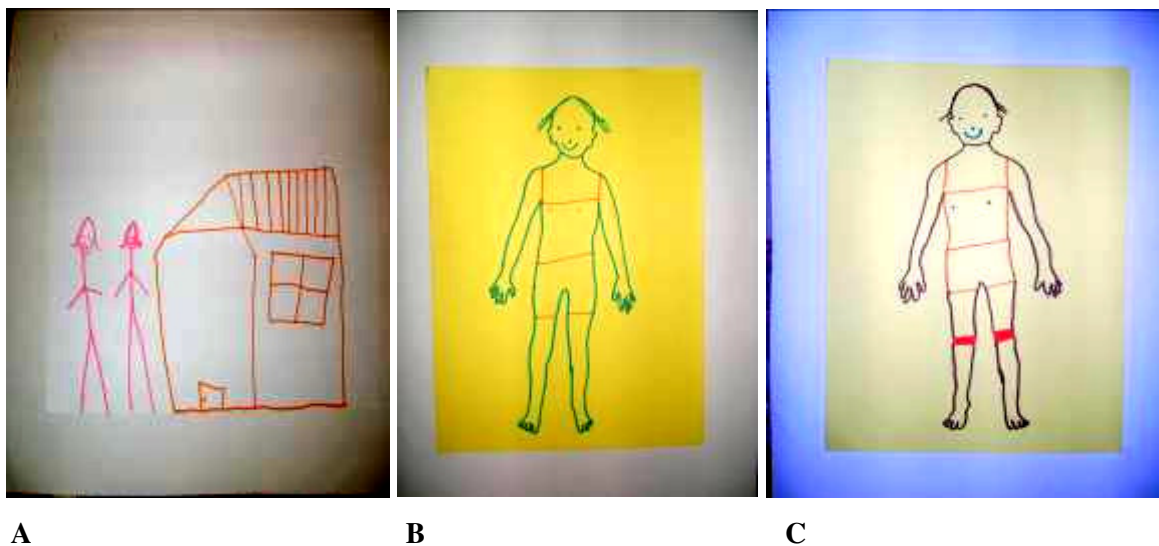
Seu auto-retrato é pobre. No desenho da família ela se insere (FIGURA 13).



A **B**
 FIGURA 13: SPF – Desenhos realizados antes da cirurgia
 A. Auto-retrato
 B. Família

5.4.1.5.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

No segundo auto-retrato se coloca ao lado da mãe e insere o desenho da casa espontaneamente. Peço-lhe que complete o desenho do esquema corporal. Por duas vezes sai torto. – “Também eu sou torta mesmo...” (FIGURA 14).



A **B** **C**
 FIGURA 14: SPF – Desenhos realizados depois da cirurgia
 A. Auto-retrato
 B e C. Esquema corporal, sentimentos e sensações

No boneco de pano desenha sua cirurgia. Nas costas não desenha (FIGURA 15).



A

B

FIGURA 15: SPF – Desenhos no suporte do boneco de pano

A. Cirurgia realizada

B. Sem desenho

5.4.1.6 Criança 6 – SRSS

Criança portadora de MLB e hidrocefalia. Doze anos de idade, sexo feminino. Escolaridade: 5ª série. Tratamento: ampliação da bexiga.

Uso de muletas canadense para andar. Pouco localizada no tempo e espaço. Criança não tem noção da cidade em que mora. Criança gosta da escola. Sente-se ajudada pela professora e pelos colegas.

5.4.1.6.1 Avaliação pré-cirúrgica

Seu desenho do auto-retrato apresenta rosto disforme, mãos e pés. A criança não se insere no desenho da família. As figuras são pequenas e no canto esquerdo da página. Usa detalhes e cores (FIGURA 16).

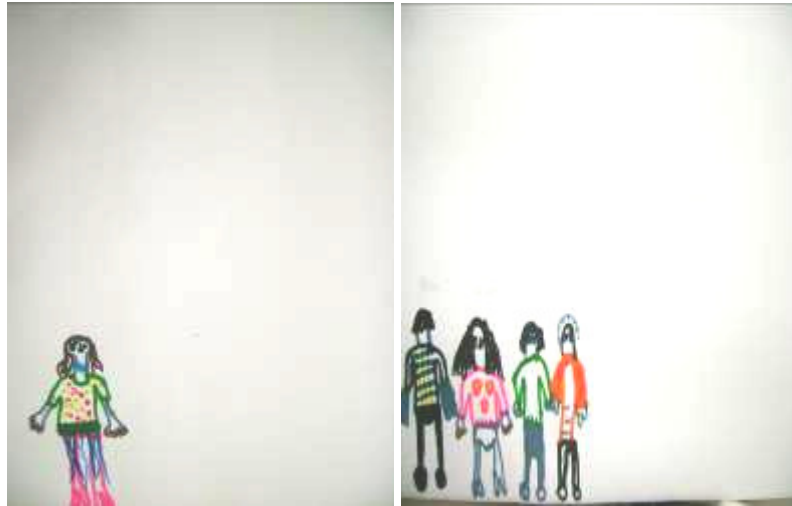
**A****B**

FIGURA 16: SRSS – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.6.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

Em seu auto-retrato, a imagem é mais pobre. No esquema corporal, volta aos detalhes e cores. Desenha-se de roupas (FIGURA 17).

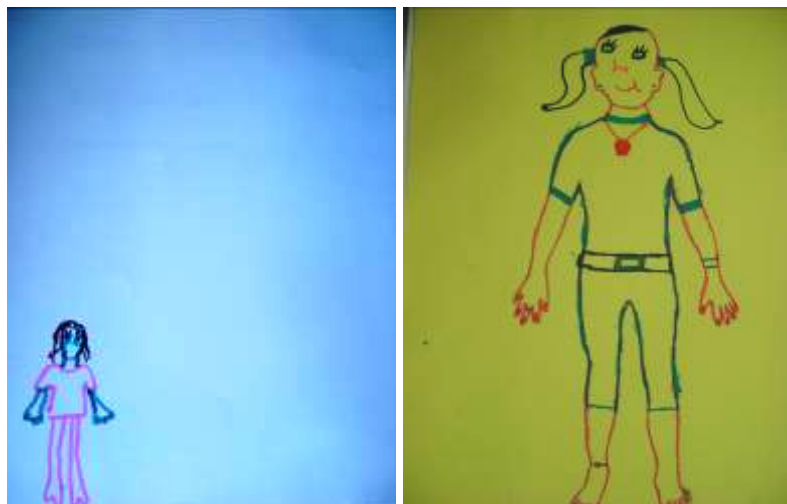
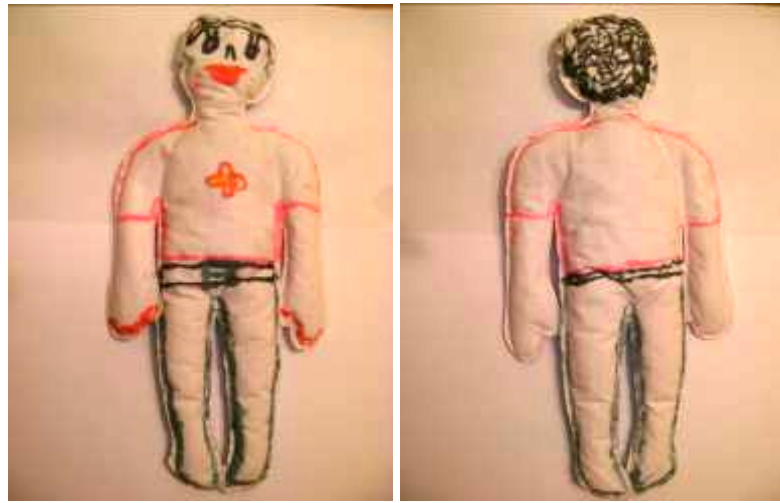
**A****B**

FIGURA 17: SRSS – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal

No suporte do boneco de pano (FIGURA 18) a criança desenha o boneco vestido com muitos detalhes. Desenho típico de um adolescente.



A

B

FIGURA 18: SRSS – Desenhos no suporte do boneco de pano

A. Boneco vestido

B. Parte costal

5.4.1.7 Criança 7 – LCM

Criança portadora de MLB e hidrocefalia. Treze anos de idade, sexo masculino. Escolaridade: 7ª série. Tratamento: cirurgia de coluna.

Usa cadeira de rodas. Semi-independente nas AVDs. Criança com bom cognitivo, bom aproveitamento escolar.

5.4.1.7.1 Avaliação pré-cirúrgica

Seu desenho é expressivo e próprio de criança da sua idade. Retrata-se na cadeira de rodas. No desenho da família a criança se insere no contexto familiar. Omite a figura do pai. (FIGURA 19).

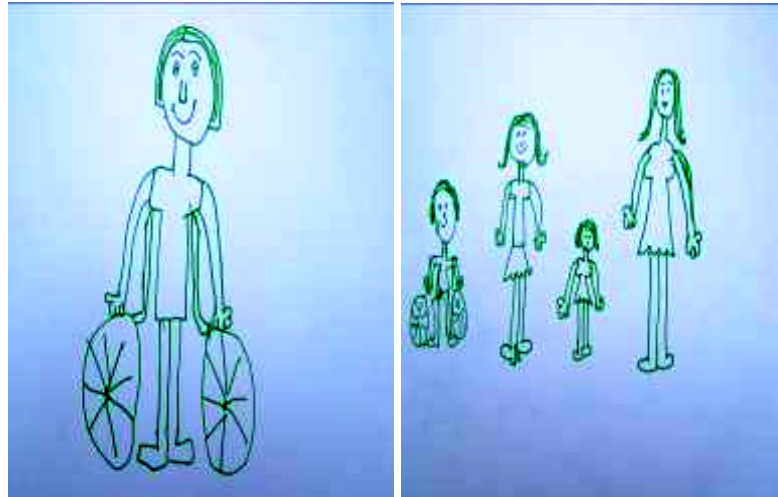
**A****B**

FIGURA 19: LCM – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.7.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

No auto-retrato pós-cirúrgico se retrata conscientemente no leito do hospital. No desenho do esquema corporal, desenha-se vestido (FIGURA 20).

**A****B**

FIGURA 20: LCM – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal

No suporte do boneco expressa sua dor (FIGURA 21).



A

B

FIGURA 21: LCM – Desenhos no suporte do boneco de pano
A e B. Expressão de dor

5.4.1.8 Criança 8 – KAFI

Criança portadora de MM torácico, hidrocefalia e alergia ao látex. Treze anos, sexo feminino. Escolaridade: 7ª série. Tratamento: cirurgia para correção nos pés.

Já fez dezesseis cirurgias segundo a mãe. Usa cadeira de rodas. Criança afetiva, comunicativa, boa compreensão, bom cognitivo, segundo avaliação no setor de pedagogia da AACD. Criança gosta da escola.

5.4.1.8.1 Avaliação pré-cirúrgica

Seu auto-retrato é expressivo, com detalhes de sobrancelhas, cílios, orelhas. No desenho da família a criança se insere omitindo a figura do pai (FIGURA 22).

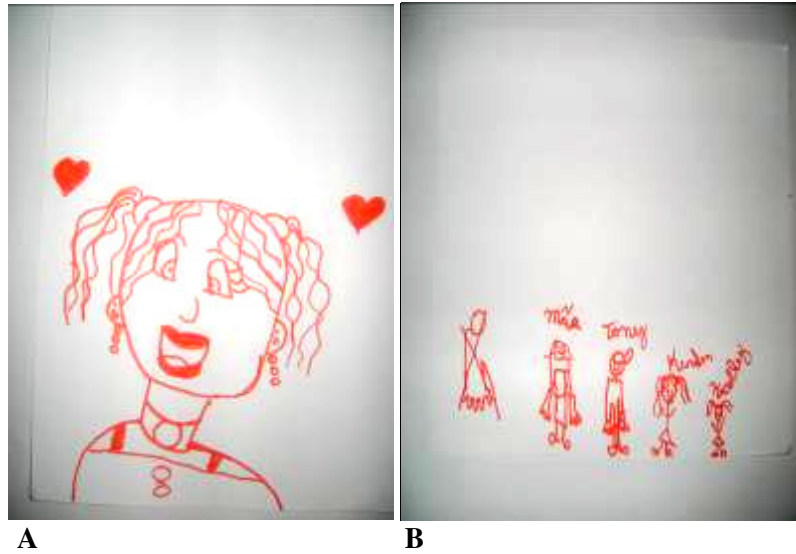
**A****B**

FIGURA 22: KAFI – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.8.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

No segundo auto-retrato o desenho é mais pobre, ocupando o canto esquerdo da folha. No esquema corporal desenha suas cicatrizes (FIGURA 23).

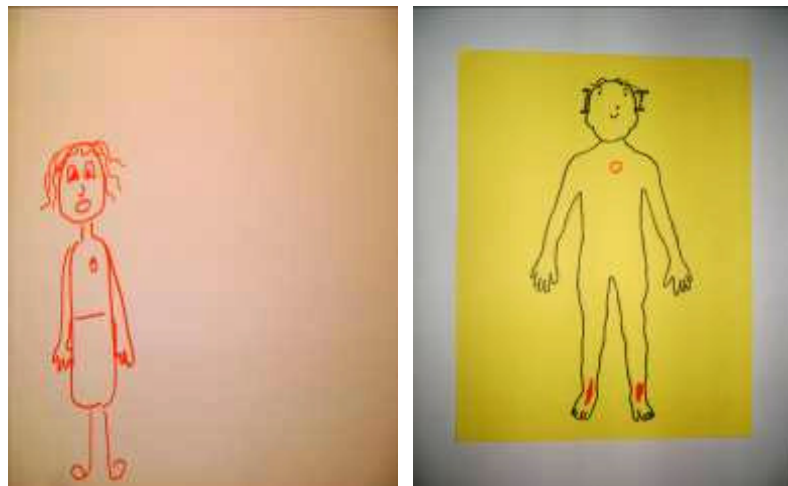
**A****B**

FIGURA 23: KAFI – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal

No suporte do boneco de pano desenha só na frente, marcando as cicatrizes nos pés, expressão do rosto e a marca do coração (FIGURA 24).

**A****B**

FIGURA 24: KAFI – Desenhos no suporte do boneco de pano

A. Cicatrizes nos pés, expressão do rosto e a marca do coração

B. Não desenha

5.4.1.9 Criança 9 – MML

Criança portadora de MM torácico, mais hidrocefalia, mais acuidade visual ausente. Treze anos de idade, sexo masculino. Tratamento: cirurgia de coluna. Criança alfabetizada, hoje aprendendo o método Braille. Perdeu a visão aos nove anos. Não deambula, totalmente dependente. Criança orientada, verbalizada, tranqüila.

5.4.1.9.1 Avaliação pré-cirúrgica

Pergunto–lhe se quer desenhar:

– “Vou ver se consigo”.

Que cor você prefere?

– “Azul da cor do céu”.

Começa nomeando as partes: cabeça, olho, boca...

– “Mãe, ficou bom o meu desenho? Se não ficou, fala hein?”

Na família desenha primeiramente sua mãe:

– “Primeiro minha mãe, é claro. Minha linda mãe!” Meu pai: “ele tem os braços muito compridos, como os meus” (FIGURA 25).

**A****B**

FIGURA 25: MML – Desenhos realizados antes da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Família

5.4.1.9.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

– “Matheus, eu já estou indo à sua cama”. (Terapeuta)

– “Não se preocupe, eu espero. Eu tenho uma paciência de Jó. O que eu mais sei é esperar” (MML).

No desenho do esquema corporal, foi traçada uma linha em relevo com cola, estimulando assim a percepção tátil. A criança reconheceu partes do corpo através do tato e, em seguida, contornou o desenho e completou o rosto seguindo o relevo (FIGURA 26).

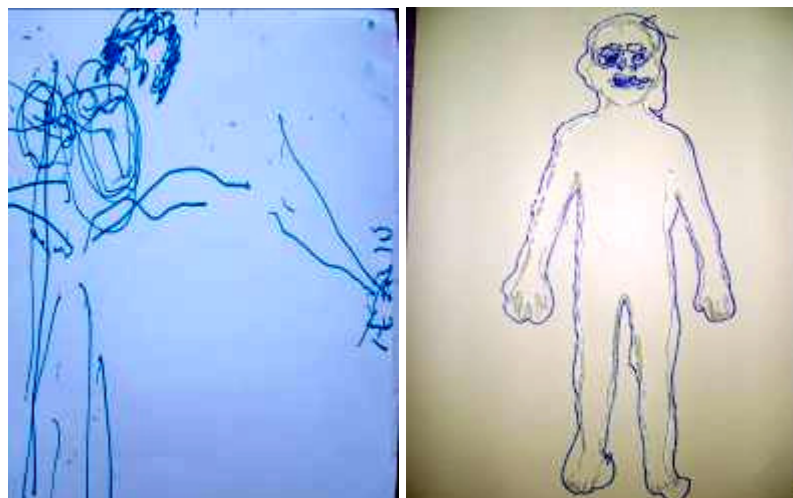
**A****B**

FIGURA 26: MML – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal em relevo

No boneco de pano ele demonstrou interesse, sentindo-o, tateando suas formas. Perguntei-lhe se queria desenhar no boneco ele respondeu que sim. Que estava fácil! Ele sabia onde era a cabeça e o corpo. No boneco de pano a criança se orienta melhor e traça o rosto. Ele vira o boneco e tenta identificar o lugar da sua cirurgia na coluna (FIGURA 27).

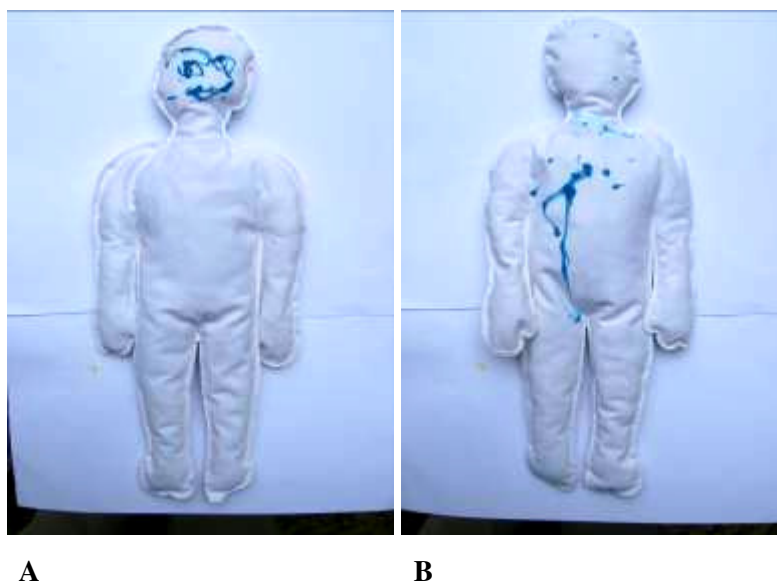


FIGURA 27: MML – Desenhos no suporte do boneco de pano
A. Desenha o rosto
B. Cirurgia na coluna

5.4.1.10 Criança 10 – BMMS

Criança portadora de MM assimétrica: MLA-D e MLB-E, mais hidrocefalia. Treze anos, sexo feminino. Escolaridade: 6ª série. Tratamento: cirurgia da coluna.

A criança deambula utilizando muletas canadenses. A criança já fez seis cirurgias.

– “Estou um pouco apreensiva hoje com esta cirurgia. Medo não. Medo, quem está é minha mãe” (BMMS).

Entra o médico e participa-lhe que seriam duas as cirurgias explicando em detalhes todo o processo. Uma seria feita no dia seguinte, e outra, daí a uma semana. A criança fica assustada e chora. É confortada.

Quanto aos estudos a criança diz gostar mais ou menos de estudar. Mostra-se um pouco desmotivada a voltar para a escola após a realização da cirurgia. É uma criança comunicativa, afetiva e com boa compreensão.

5.4.1.10.1 Avaliação pré-cirúrgica

Seu desenho do auto-retrato tem características de uma casa antropomorfizada. No desenho da família se coloca ao lado do irmãozinho mais novo, dando-lhe a mão. Omite o membro superior direito (FIGURA 28).

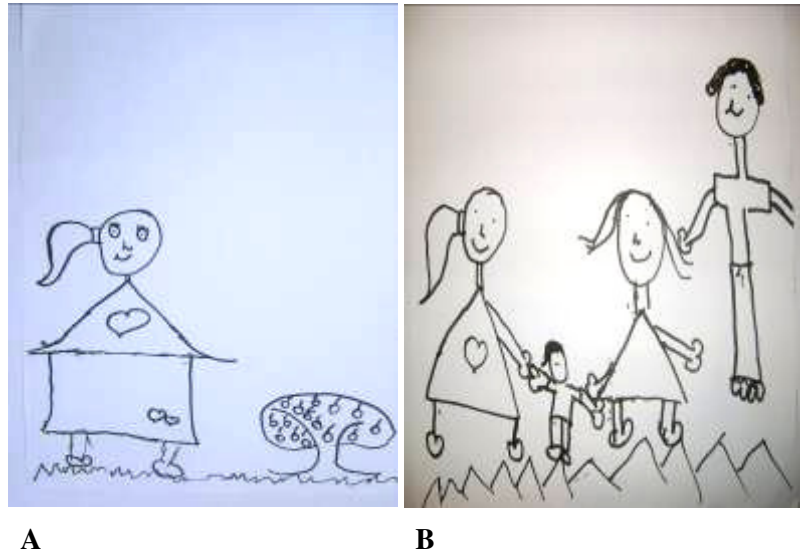


FIGURA 28: BMMS – Desenhos realizados antes da cirurgia
A. Auto-retrato
B. Família

5.4.1.10.2 Pós-cirúrgico: processo e resultado

O desenho do segundo auto-retrato nos mostra uma criança sem braços, enquadrada numa linha de isolamento. No rosto uma expressão num misto de dor e medo. Dou-lhe o esquema corporal para completar. Nele ela escreve “raiva”. A expressão da figura é forte. Desenha um coração fervendo enquanto fala: – ”Estou magoada, apavorada, com raiva, querendo ir para casa, comer o que eu gosto. Não quero minha mãe aqui. Ela tem que amamentar meu irmão. Quero minha tia. Ela me passa confiança, é enfermeira” (FIGURA 29)

**A****B**

FIGURA 29: BMMS – Desenhos realizados depois da cirurgia

A. Auto-retrato

B. Esquema corporal

No suporte do boneco de pano, após a segunda cirurgia, enumera todas as suas cicatrizes enquanto diz: – “Não gosto nem de ver as cirurgias” (FIGURA 30).

**A****B**

FIGURA 30: BMMS – Desenhos no suporte do boneco de pano

A e B. Desenha todas as cicatrizes

5.5 A PROPOSTA TRIANGULAR APLICADA NO SETOR DE ARTE-REABILITAÇÃO

Das 10 crianças atendidas no centro cirúrgico, seis crianças permaneceram internadas para reabilitação. As outras quatro tiveram alta em seguida das cirurgias, devendo retornar às

terapias num outro momento, conforme critérios médicos.

Com o objetivo de unir a arte à educação e à saúde foi escolhido como metodologia a “Proposta Triangular de Ensino da Arte” para dar continuidade às atividades terapêuticas desenvolvidas no Setor de Arte-reabilitação (APÊNDICE A). O trabalho é realizado em grupo tendo um forte componente de sociabilização.

O artista escolhido foi Alfredo Volpi, por suas obras simples e ao mesmo tempo com alta compreensão do homem e da terra brasileira. Buscou-se uma maior valorização de nossa cultura e uma identidade cultural. Com o pé em nossa terra é mais fácil trazeremos a arte para perto de nossas crianças e estabelecermos o elo com suas vivências.

Alfredo Volpi (1896-1988) nasceu na Itália e veio morar em São Paulo no bairro do Cambuci, aos 2 anos de idade. Foi pintor de parede. Autodidata, iniciou seu trabalho confeccionando suas próprias telas. A princípio sua pintura é naturalista, e na técnica de têmpera. Aos poucos vai se transformando em fachadas de casarios, bandeiras e mastros. Usa cores e formas simples. É conhecido como o pintor das bandeirinhas. Inspira-se nas festas juninas e folclóricas, nos temas populares e religiosos. Volpi soube como ninguém como encarnar as virtudes da cultura brasileira, por meio de um potencial cromático e de formas.

Nas atividades foram utilizados o desenho, a pintura, a colagem, a escultura em argila, composição com blocos geométricos, construção de casinhas com a argila, colagens com bandeirinhas, transposição da colagem para a pintura, a releitura de obras valorizando a técnica da têmpera.

Na primeira etapa do trabalho é apresentada a obra do artista Volpi – “Coreto” (1953). É feita a leitura da obra. No caso do trabalho com Volpi, rico em formas geométricas é solicitado às crianças que descrevam o que se observam na obra estudada quanto a formas, linhas, cores, técnica e material empregado. O olhar é ampliado com a identificação de novas formas, cores, informações sobre a vida do artista, dados históricos, sociais e geográficos ao alcance do desenvolvimento cognitivo das crianças. Utiliza-se como apoio, mapas, bonecos, brinquedos e objetos diversos ativando a imaginação e a criatividade de cada um. O lúdico e o concreto reforçam a compreensão do contexto através da dramatização da vida do artista. A criança passa à compreensão de noções de espaço e tempo.

Em seguida as crianças expressam suas ideias pessoais interpretando a obra. A obra é relacionada com a realidade. É um momento das colocações pessoais: — Como entendemos a obra? — Que sensações a obra lhe provoca? — Gostei, não gostei, por quê? — Qual o título que você daria para a obra? — O que você modificaria? Surge então a primeira etapa de criação. A identificação e composição com as formas geométricas e a construção dos

próprios casarios com blocos de madeira coloridos. Brinca-se com as formas e as cores. Na etapa seguinte, as crianças partem para a criação, contornando os blocos na obtenção das formas. A escolha das cores e a pintura completam o processo criativo (FIGURA 31).



FIGURA 31: Releitura I da obra “Coreto” (1953)

Num segundo momento, é feita a construção de casarios em argila, buscando a transposição do plano bidimensional para o tridimensional e a estimulação tátil. Obra escolhida: “Igrejas” (1954). O sensório motor foi bem explorado, sendo estimulada a percepção assim como o uso das duas mãos e movimentos mais amplos com os braços. As esculturas foram postas para secar, e em sessão seguinte, receberam uma mão de cola branca, para uma maior proteção, e pintadas com tinta acrílica.

Partiu-se nos encontros subsequentes para a colagem numa releitura da obra “Bandeirinhas Brancas” (1968). Através da colagem das formas estimulou-se percepção visual, a taticidade, a percepção direito/avesso do papel e as habilidades motoras. Depois de cortadas e combinadas as formas se transformam em desenhos ganhando um sentido representativo.

Em seguida, as crianças descobrem que podem também pintar fazendo sua própria tinta, a têmpera, como o artista Volpi: antigamente os artistas fabricavam suas próprias tintas e pincéis. Moíam minerais, argila, frutos silvestres, insetos, produzindo um pó fino e misturando estes pigmentos com gema de ovo e água. A têmpera produz uma camada de cor fina, brilhante e de secagem rápida. Esse tipo de tinta é forte e duradoura. Na história da arte encontramos um artista italiano, Giotto (1266-1337) que também usava esta técnica. As pinturas de Giotto têm mais de 700 anos.

Modo de preparo da têmpera: bater um ovo inteiro com um garfo num recipiente grande misturando a clara e a gema. Acrescentar uma colher de sopa de água. Adicionar cinco gotas de detergente e misturar. Deve-se colocar duas gotas de fungicida (cloro, lisoforme ou chá de cravo). Num copinho adicione uma colher de chá de pigmento em pó, ou dez gotas aproximadamente de corante líquido. Colocar aos poucos, pois deverá ficar na consistência de guache. Se estiver transparente demais, misturar mais corante.

É então escolhida uma obra do artista da preferência de cada um e é feita uma releitura da obra (FIGURAS 32 e 33).



FIGURA 32 – Releitura II da obra “Coreto” (1953)
Técnica: têmpera



FIGURA 33: Releitura III da obra de Alfredo Volpi,
“Bandeirinhas” (1968) - Técnica: têmpera

5.5.1 Resultados

5.5.1.1 VFL – Tratamento

Adaptações para a cadeira de rodas, fisioterapia e arteterapia após cirurgia de ampliação vesical.

A criança estabeleceu um bom vínculo com a terapeuta desde o momento pré-cirúrgico. Quando desce para o setor se adapta bem no grupo expressando-se com independência e segurança, participando das atividades com interesse. Apresenta um quadro emocional bom. Realiza seus trabalhos com atenção, interagindo com os materiais com prazer. Diz sentir falta dos colegas, da escola e de estudar.

Alta após um mês de reabilitação. Volta para a escola.

5.5.1.2 EJP – Tratamento

Fisioterapia e laboratório de marcha com muletas canadenses, após cirurgia em membros inferiores.

Criança tem dificuldades práticas e construtivas. Dispersiva, precisa de ter sua atenção resgatada constantemente.

Mostra-se às vezes agressivo e provocador, necessitando ser repreendido. Tem sido trabalhado com ele o respeito com os demais membros do grupo. Criança extravasa sua agressividade na argila responde bem à proposta e também interagindo de forma prazerosa com os blocos de madeira. O contornar das formas o ajuda na construção da imagem trazendo-lhe satisfação e autoconfiança. Beneficia-se com o trabalho em grupo.

Mãe aconselhada a buscar a escola assim que a alta acontecer.

Alta após dois meses de tratamento.

5.5.1.3 SPF – Tratamento

Fisioterapia e arteterapia após cirurgia de joelho.

A criança reside em São Paulo. Após cirurgia, retorna à AACD três vezes por semana para as terapias.

Chega chorosa no setor. A mãe se mostra preocupada. Na escola, o conselho de classe resolveu que a criança deveria repetir a 5ª série no próximo ano, visando um melhor

aproveitamento. A criança não quer se afastar das amigas. Foi reforçado que seria para o seu bem esta resolução. Quando volta na semana seguinte está mais conformada.

Criança com dificuldades de expressão. Dificuldades de percepção espacial, planejamento e de construção de formas. Tem consciência de suas limitações e procura disfarçar dizendo gostar só de pintura abstrata. Foi estimulada a se expressar através das cores, linhas e formas, a exemplo do artista Volpi. Mantém uma postura de crítica e insegurança em relação aos seus trabalhos. Prefere os trabalhos em colagem.

Tempo de internação dois meses.

5.5.1.4 SRSS – Tratamento

Fisioterapia e arteterapia após ampliação da bexiga.

– “Estou contando os dias para voltar para a escola. No começo não queria aceitar. Pensei que fazendo a cirurgia me livraria das fraldas e da sonda. Tenho que continuar passando a sonda quatro vezes por dia”. Criança verbaliza bem seus desejos e intenções. Beneficiou-se da arte, experimentou materiais, interagiu bem com o grupo.

Alta em um mês.

5.5.1.5 LCM – Tratamento

Fisioterapia, arteterapia após cirurgia de coluna.

A criança desce para o setor muito insegura, dolorida, com medo de ser tocada. Aos poucos começa a interagir com o grupo e a participar das atividades. Realiza seu trabalho com bastante dificuldade motora. Aos poucos recobra os movimentos, a sua auto-estima, tornando-se líder do grupo.

Bom cognitivo interage com as propostas com interesse. Memoriza nomes e a história do artista com facilidade. Em seus trabalhos foram observados uma riqueza de detalhes, harmonia de cores, composições equilibradas.

Ansioso por voltar às aulas.

Recebe alta hospitalar após quase dois meses de tratamento. É com pesar que se despede do grupo.

Na semana seguinte volta para a escola.

5.5.1.6 BMMS – Tratamento

Fisioterapia e laboratório de marcha após cirurgia da coluna.

Comunicativa, afetiva, com boa compreensão. Interage bem com as propostas realizando bons trabalhos. Um pouco desmotivada a voltar para a escola é orientada a não deixar de fazê-lo.

– “Eu tenho vontade de voltar, mas depois que fizer todo o tratamento.”

Beneficia-se muito da convivência com o grupo, extravasando seus sentimentos, resgatando sua auto-estima e confiança.

5.6 CONTATO COM AS MÃES

5.6.1 Entrevista aberta com as mães

As mães chegam ao hospital, véspera de cirurgia, muito apreensivas, angustiadas. Passado o impacto da cirurgia, a amizade entre elas cresce a cada dia e se torna cada vez mais consistente. Elas se ajudam no cuidado dos filhos e se apóiam mutuamente.

Relato de caso: Num dos três leitos, do quarto de enfermaria 209 C, Isabele chora com dores na barriga. Ela passou pela mesma cirurgia que Vitória, recém internada, fará no dia seguinte: ampliação da bexiga. Isabele está há mais de 20 dias internada. Recomeçou a ter febre e muitos gases. Sua mãe está muito apreensiva e não quer que a mãe de Vitória saiba que sua filha está com inflamação nos pontos internos da bexiga. Além das dores Isabele está triste, pois vê a sua terceira companheira de quarto se aprontar para ir embora de alta. A mãe diz: “Ela chora toda vez que vê as outras crianças irem embora, enquanto ela... fica. É que já vimos tantas crianças passarem por aqui. Domingo é o aniversário dela. Ela esperava comemorar em casa”. Isabele fará 7 anos. É a quarta filha do casal, a filha caçula. Adora ir à escola. Está cursando a 2ª série.

Relato de algumas mães: – “É difícil! O tempo não passa... Ajudo a trocar as crianças, vejo televisão... Ainda quando tem outra mãe para conversar... ficar sozinha no quarto é ruim. Quando a companheira de quarto vai embora, fica um vazio...” – “Aqui é tudo bom. Não tenho o que reclamar. São as únicas férias que a gente tem...”

– “Esses dias que a gente fica no hospital a gente para pra pensar”.

– “Quando passar tudo vou aprender a fazer crochê. Depois eu vou para a pintura em almofada e pano de prato. Acho tão lindo!”.

5.6.2 Questionário com as mães

As crianças são deixadas no setor de arte-reabilitação pelas mães, que geralmente aproveitam este momento para darem uma chegada no bazar ou na lanchonete da própria AACD. É um dos poucos momentos de descontração onde podem abster do seu papel de cuidadoras. Neste momento foi pedido a elas que respondessem ao questionário seguinte (APÊNDICE B):

1- Quais são suas expectativas em relação ao tratamento de seu filho(a)?

- “Que ele melhore a marcha...”
- “A minha expectativa é em relação à independência da minha filha...”
- “Que ela ganhe mais independência para que se sinta igual às outras crianças e seja feliz do jeitinho que ela é...”
- “A minha expectativa está sendo realizada. Ele está melhor do que ontem. Duvido que tenha uma mãe mais feliz do que eu...”

2 - Você recebe informações em relação ao tratamento de seu filho? Respondem às suas perguntas?

- “Sim, sempre”.
- “Nas entrevistas com os médicos”.

3- Como você se sente durante este tempo da hospitalização de seu filho(a)?

- “Sinto-me como se estivesse em casa, muito bem...”
- “Foi muito importante para mim. É um tempo que só a mãe pode dar ao filho. É muito importante a mãe estar junto. A minha decisão foi certa...”
- “Sinto-me ansiosa, na expectativa da resposta do tratamento e também ansiosa por estar longe de casa...”
- “Muito satisfeita com o tratamento recebido, apesar do ritmo se tornar cansativo, vejo melhoras no desenvolvimento da minha filha e esse é o objetivo...”

4- Existe alguma alteração no equilíbrio familiar decorrente desta internação?

- “Graças a Deus toda a família me apóia e me ajuda em todos os momentos...”
- “Tenho que ser muito forte pelo que tenho que passar lá fora. Tenho outro filho adolescente que diz que eu amo mais este aqui”.

5 - Você recebe apoio de sua família?

- “Sim”
- “Não. Só através de oração. Sou separada, meu outro filho fica sozinho...”

6- Aqui no hospital em quem você se apóia?

- “Os médicos nos passam confiança, os funcionários, nos enfermeiros, nas terapeutas, em minha filha, nas amigas que conquistei, nos colegas de quarto...”

7- Seu filho(a) gosta desta terapia? (Arte)

- “Sim, muito”.
- “Adora!...”.

8- Você acha que a arteterapia é importante para ele(a)?

- “Acho muito importante para desenvolver habilidades com as mãos além da criatividade”.
- “Sim, muito. É uma hora que descontraí”.
- “Claro, pois acho que trabalha os movimentos e também é um tempo de lazer, diante de tantas responsabilidades.”
- “Sim tem muita criatividade...”

9- Em sua opinião como é o aproveitamento de seu filho(a) na escola?

- “Ela aproveita bem, mas com dificuldades motoras”.
- “Dentro do quadro, ele está indo bem. Está evoluindo...”
- “Muito bom!”

10- Você teve contato com a escola de seu filho(a) durante este tempo?

- “Sim, no fim de semana eu passo com a diretora da escola. Ela me dá muito apoio”.
- “Sim”.

11 - A escola tem conhecimento de quanto tempo seu filho(a) ficará afastado (a)?

- “Sim...”.

12 – Você se preocupa com o retorno de seu filho(a) à escola?

- “Sim, mas já ficou conversado que ela fará novamente a 5ª série...”
- “Sim, me preocupa, mas primeiro o tratamento!”

- “Sim, mas a vida continua... agora é a saúde!”
- “Sim...”

5.7 DISCUSSÃO

Pode-se investigar através do desenho os aspectos cognitivos da criança e do adolescente ao serem internados para cirurgia. Confirmou-se, de acordo com a literatura, que as crianças com MM têm desenvolvimento prejudicado nas áreas de cognição não verbal, sem apresentarem franco retardo mental. O desempenho cognitivo destes pacientes apresentou correlação significativa com o nível funcional motor, sendo o resultado melhor, em ordem decrescente, nos níveis: sacral, lombar baixo, lombar alto. Constatou-se que as crianças portadoras de Mielo Torácica expressam bem seus sentimentos, têm boa percepção das intervenções sofridas. O desenho das crianças com MLB é pobre, com menos detalhes, e o da criança portadora de MLA é muito pobre. Isto se levando em consideração a faixa etária e amostra restrita.

Enfatizou-se o desenho por ser a primeira manifestação prática expressiva e por acompanhar e estimular o desenvolvimento cognitivo natural da criança. O desenho é uma técnica ideal para desvendar informações sobre os aspectos cognitivos e emocionais. O exagero, a omissão ou distorção de algumas partes apontam um defeito físico ou uma anormalidade, sem esquecer da importância dos conteúdos emocionais. As associações livres tendem a se dirigir aos aspectos em que o indivíduo é emocionalmente mais sensível.

Deve-se ressaltar que na interpretação dos desenhos, a questão de validade permanece insolúvel. Conforme Di Leo (1985, p. 81): “as ciências humanas não conseguem obter o grau de objetividade que é conseguido nas ciências físicas”.

Di Leo (1985) considerou a importância da criança desenhar a si mesma e mostra o desenho da família como um auxiliar de diagnóstico. De acordo com este autor, frequentemente a raiva, a carência, o medo e a infelicidade reprimidos na expressão verbal são externalizadas no desenho.

Pode-se reconhecer o estado emocional da criança ao chegar para ser internada para internação cirúrgica e após sofrer a intervenção. O auto-retrato pós-cirúrgico se mostra geralmente mais pobre, porém, muito significativo.

Figuras emolduradas por linha de isolamento, encontradas em três dos desenhos pesquisados, expressam falta de comunicação e sentimento de isolamento.

O sombreamento que obscurece a figura na sua totalidade, encontrado em um dos desenhos é interpretado como expressão de ansiedade.

Figuras pequenas desenhadas no canto ou na parte de baixo da folha expressam sentimentos de insegurança e mesmo depressão, enquanto as que estão na parte de cima sugerem fantasia.

A omissão de si mesmo ou de algum outro membro do grupo familiar, encontrada em muitos dos desenhos, pode ser visto como um sentimento de rejeição.

O desenho da casa simboliza o lugar onde são buscados afeto e segurança, necessidades básicas, que encontram seu preenchimento na vida familiar.

O desenhar-se em cadeira de rodas, mostra uma criança consciente de suas deficiências.

A ausência de partes do corpo, mãos, braços, boca, pode ser relacionada como falta de confiança nos contatos sociais, passividade e medo.

A ênfase nos dentes demonstra agressão ou pode ser expressão de medo (FIGURA 2 B e 3A e 3B).

A Arte Contemporânea traz como característica uma estreita ligação arte/vida. Isto pode ser confirmado no desenho da criança que chora lágrimas de pedras (FIGURA 2), podendo ser comparado com as figuras de Portinari no quadro “Os Retirantes”, onde a dor e o desalento são retratados num forte expressionismo (FIGURA 34) .



FIGURA 34: Portinari – “O Menino Morto” - Série Retirantes (1944). Técnica: Óleo sobre tela, 1,79 x 1,90m Museu de arte de São Paulo - MASP

Pode-se constatar que nos desenhos da família a figura da mãe é sempre presente e a ligação aos irmãos é evidente. Os irmãos representam a fonte de solidariedade em seu tumultuado mundo. A ausência da figura paterna é recorrente.

A escolha de materiais na realização do trabalho ofereceu à criança a oportunidade de alcançar uma melhor percepção da sua imagem corporal. “A imagem corporal é específica de cada um: está ligada ao sujeito e à sua história” (DOLTO, 1992 *apud* FRANCISQUETTI, 2007, p. 871).

Schilder (1981 *apud* FRANCISQUETTI, 2007) define imagem corporal como a representação que formamos mentalmente de nosso corpo, isto é, a forma como ele nos aparece. “A alteração em uma de suas partes pela doença ou mal físico introduz modificações na imagem corporal, pois resulta em novas relações consigo mesmo e com os outros” (SCHILDER, 1981 *apud* FRANCISQUETTI, 2007, p. 871).

Com ênfase no desenvolvimento cognitivo e tentando favorecer a construção de imagens, fizemos prevalecer um princípio de realidade por meio do desenho diretivo do esquema corporal. O esquema corporal especifica o indivíduo como representante da espécie, sendo em princípio o mesmo para todos. Estimulamos a capacidade de observação induzindo a criança à percepção das partes do corpo. O completar partes do corpo é um exercício útil. Despertar a capacidade de concretizar suas idéias leva a criança a um conhecimento de si facilitando a compreensão de sua doença, de seus problemas e do contexto hospitalar.

A identificação com a concretude do boneco foi significativa sendo de acordo com Sacks (1985), um portal para a imaginação, um caminho para o interior das emoções impregnando-se de sentimento e significado. A partir da brincadeira simbólica, a criança passa a outro registro de expressão. É capaz de dar vida às coisas. No jogo simbólico, a criança se identifica com o boneco, entra no mundo do faz de conta.

O contato por meio do diálogo pode ser uma intervenção adequada diminuindo o impacto da hospitalização também com as mães. A expressão através da arte pôde contribuir para diminuir a ansiedade da criança hospitalizada.

A Arteterapia pode ser considerada uma estratégia de acolhimento à criança e à família que se encontram no ambiente hospitalar. O contato inicial na internação mostrou-se muito importante. Tanto a mãe (ou acompanhante) quanto a criança se sentem acolhidos, estabelecendo-se um vínculo maior com a terapeuta. É um momento em que se quebra a estranheza do ambiente hospitalar, por parte da criança, e é quando a mãe, encontrando receptividade fala da sua ansiedade em relação à experiência que ela e seu filho(a) estão

vivendo, suas expectativas e ansiedades. Ao mesmo tempo, consegue-se estabelecer um relacionamento mais próximo, diminuindo resistências, favorecendo e motivando a criança para a execução do trabalho. Este vínculo deve se estender durante todo o tratamento e internação. O ligar para o celular da criança ou da mãe tendo notícias é recebido com carinho. É importante estimular a volta da criança à escola o mais rápido possível assim que receba alta médica.

O Sistema Preventivo de Dom Bosco com sua proposta humanista, ética, tendo no centro de toda ação educativa a pessoa e como foco os jovens em situação de risco, ao conciliar com a arteterapia enriquece muito o trabalho. O percurso educativo de Dom Bosco parte justamente das necessidades básicas dos jovens. O meio hospitalar contribui de maneira singular e enriquecedora nesta intervenção educativa: um sistema educativo pouco formal que se preocupa com a não ruptura entre a vida da criança e do adolescente e suas atividades escolares.

Explorando o universo da arte, com todas as possibilidades do processo artístico, o ver arte, pensar arte e fazer arte, podemos desenvolver a cognição. Por meio do prazer da arte trabalhou-se o autoconhecimento, o desejo de ser respeitado e de vencer as barreiras que a vida impõe. O contato com diferentes materiais ajuda na resolução de problemas no lidar com a doença, deixando novas energias fluírem, buscando-se uma melhor qualidade de vida.

As dificuldades da doença não impedem de trabalhar gradativamente a criatividade por meio do pintar, desenhar, colar, construir, modelar, cortar, rasgar, inventar, num contínuo movimento. Destaca-se neste momento, a importância do grupo para enfrentar este percurso, o compartilhar com o outro a dor por meio do diálogo e da escuta. Através da escuta, a criança aprende a criar mecanismos para minimizar sua dor.

O encontro entre a educação, saúde foi validado através da arte. Buscou-se não apenas usar a arte sob o aspecto emocional, mas utilizá-la em todo seu potencial, e, por meio das atividades artísticas, o ensinar por meio da arte, atingindo-a em suas funções psíquicas e sócio educativas.

Alfredo Volpi conquistou a todos com sua simplicidade. Todos conseguem assimilar suas formas trazendo muito prazer às atividades. Percebe-se uma crescente memorização e interesse pela história do artista que é lembrada a cada sessão. Os blocos de madeira trouxeram o lúdico e ajudaram na compreensão e na obtenção das formas.

Através da colagem trabalhou-se as composições abstratas. A colagem é um processo de utilização de objetos, papéis ou texturas junto ao desenho e à pintura, estabelecendo uma relação visual que resulta numa representação simbólica. Esta inclusão de materiais

estranhos à pintura começa com o Cubismo, mais precisamente com Pablo Picasso e Georges Braque, que passaram de repente a preferir o conteúdo do cesto de papéis ao pincel e à tinta. O Cubismo de colagens oferece, portanto, um conceito novo de espaço, sendo um marco importante na história da pintura. Com o cubismo a arte, já não precisava ser mera imitação do mundo.

A argila trouxe a transposição do bidimensional para o tridimensional. Com o tridimensional, buscou-se um diálogo de linguagens expressivas. O cruzar de linguagens diversas estimula o cérebro na sua capacidade de pensar por meio de uma maior estimulação. A exploração tátil através da argila é particularmente importante. Para indivíduos portadores de deficiências, cujas oportunidades de experimentar os efeitos de suas próprias ações são limitadas, o barro tem um valor muito especial.

A argila proporciona oportunidades fantásticas para exploração dos dedos, das mãos, enfim experiências táteis. O importante nesta atividade é a procura do movimento adequado à dificuldade motora. A pessoa quando sai do plano bidimensional para o tridimensional é uma dimensão nova para ela. Durante o nascimento das formas ela está gestando sua fantasia, sua criatividade (PAIN, 1996, p. 129).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da Proposta Triangular nos abre um campo de possibilidades na busca da aprendizagem. A imagem quer seja abstrata ou figurativa é um campo de ação. A linguagem da arte tem um papel fundamental na significação e consequente estruturação da aprendizagem. O homem se relaciona com o mundo através da ação e por meio da articulação de símbolos.

Acredita-se que posturas artísticas são ensinadas e respostas são obtidas, e que o olhar da criança se constrói, abrindo-se para novas realidades. É necessário ensinar a ver, selecionar, analisar, criticar, sintetizar e generalizar, sendo a obra de arte uma ferramenta para uma leitura de mundo, e consequentemente o estabelecer relações com ele. Barbosa (1998) fala da necessidade de, na educação pós-moderna, se educar os sentidos para apreciar e avaliar a qualidade das imagens produzidas pelos artistas. É necessário capacitar o indivíduo para a leitura e seleção de imagens. As experiências se constroem sobre o que se concorda em prestar atenção. A atenção seletiva é a tomada de posse de maneira clara e objetiva de um objeto ou um pensamento dentre outros. “A exploração da atenção visual levará a definir certos mecanismos neurais de importância central nos processamentos mentais de construção de imagem” (KANDEL; SCHWARTZ; JESSELL, 1994, p. 323).

É através da apreciação e decodificação dos trabalhos artísticos, que se desenvolve a fluência, flexibilidade, elaboração e a originalidade, processos básicos da criatividade e da linguagem pós-moderna em arte (BARBOSA, 1998). Não há germinações espontâneas na vida mental. Se não houver uma orientação no sentido de um processo contínuo de expressão mediante críticas, sugestões e perguntas, excitando a consciência, a observação, a memória, a imaginação, as respostas vão ser convencionais e pobres.

Na proposta pós-moderna, a alfabetização cultural se torna necessária. A consciência da cidadania dificilmente se aguça se não conhecermos a produção do país, do qual somos cidadãos. Ao contextualizarmos historicamente artistas brasileiros procuramos estimular a consciência cultural numa busca de identidade e valorização e, consequentemente apreciação da arte local e o incentivo à expressão pessoal. Perceber o próprio mundo é a primeira ferramenta para transformá-lo. Uma percepção mais aguda vai se instalar a partir de um olhar mais crítico (BARBOSA, 1998).

Os objetivos propostos foram cumpridos. Pode-se por meio do desenho reconhecer as condições cognitivas da criança e do adolescente internados para um tratamento cirúrgico e

por meio da construção do conhecimento da vivência hospitalar e da apropriação dos sentidos, pode-se dar atenção aos aspectos emocionais destas crianças e a seus familiares. Recuperou-se em parte a socialização da criança, contribuindo para sua reintegração na escola de forma mais amena.

Pode-se confirmar que a arte é um eficaz auxiliar para ser usado a fim de equilibrar o homem com o mundo na luta pela existência.

A arte foi explorada em suas funções essenciais: na organização dos valores sócios educativos, no desenvolvimento dos aspectos psicofísicos e como atividade criadora, sendo o desenho um instrumento valioso.

Ressalto o papel da educação no desenvolvimento cognitivo, emocional e na saúde das crianças hospitalizadas. A força e a riqueza da arteterapia apoiada nos ensinamentos de Dom Bosco, é uma forte estratégia de preventividade, devendo ser amplamente explorada nos ambientes hospitalares.

Vimos assim, que a arte além de sistematizar ou organizar o sentido social, tem uma função biológica, promovendo o equilíbrio do ser humano com o meio. Reafirmou-se o caráter social e terapêutico da arte.

A arteterapia mostrou-se um processo catártico e educativo sendo um caminho importante em busca do equilíbrio físico e mental da criança hospitalizada, contribuindo para a sua saúde. Portanto é uma alternativa educativa junto a criança hospitalizada e sua reinserção escolar, conforme os objetivos da Pedagogia Hospitalar.

O Sistema Preventivo de Dom Bosco ajudou no caminhar pelas vias do respeito à pessoa. Para Dom Bosco encontrar Deus é realizar-se como pessoa. É preciso que se permita também uma perspectiva teológica, para que a ciência não seja um fim em si mesma. (JULIATTO, 2005) É preciso que se faça revelar o Evangelho na vida, cultivar o sentido da presença de Deus através da fé, não como um milagre, mas como um mistério a ser acolhido.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE. **AACD**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.aacd.org.br/>>. Acesso em: 04 dez. 2009.

ARNHEIM, R. **Arte e percepção visual**. 11. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

ARAÚJO, O.T. **Dois estudos sobre Volpi**. São Paulo: Funarte, 1986. (Coleção Contemporânea, 2).

BARBOSA, A.M.T.B. (Org.). **Arte-educação contemporânea: consonâncias internacionais**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Imagem no ensino da arte: anos oitenta e novos tempos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. (Org.). **Inquietações e mudanças no ensino da arte**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Tópicos utópicos**. Belo Horizonte: C/ Arte, 1998.

BENTO XVI. **Carta Encíclica SPE SALVI do sumo Pontífice aos Bispos, aos Presbíteros e aos Diáconos, às Pessoas Consagradas e a todos os Fiéis sobre a Esperança Cristã**. Roma, Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2007. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe-salvi_po.html>. Acesso em: 7 dez. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001. Estabelece as Diretrizes Nacionais de Educação Especial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria n.555, de 5 jun.2007, prorrogada pela portaria n.948, 09 out.2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, DF: MEC, 1994. (Mensagem especial, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

BROERING, C.V.; CREPALDI, M.A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 39, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2009.

BRUER, J.F. (Org.). **A criança no discurso do outro**. São Paulo: Iluminuras, 1994.

CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). **A arte cura?** São Paulo: Ed. Psy II, 1995.

CECCIM, R.B. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio**: revista pedagógica, São Paulo, v. 3, n. 10, ago./out. 1999. Disponível em: <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/84/classehospitalarceccimpatio.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

CHÁVEZ, P. Pe. **Estréia 2008**: Eduquemos com o coração de Dom Bosco. São Paulo: Salesiana, 2008.

DI LEO, J. H. **A interpretação do desenho infantil**. Trad. Marlene Neves Strey. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

DUQUE, C. **Desenvolvimento na primeira infância**: perspectiva de Rene Spitz. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/2437175/Desenvolvimento-na-primeira-infancia-Perspectiva-de-Rene-Spitz.2008>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

ELIAS, P.E.M. Recursos e Gestão. **Jornal do Cremesp**: órgão oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, n. 257, p. 8, mar. 2009.

FERNANDES, A.C. *et al.* Defeitos do fechamento do tubo neural. In: FERNANDES, A. C. et al. **AACD medicina e reabilitação**: princípios e práticas. São Paulo: Artes Médicas, 2007. cap. 8, p. 141-160.

FERNANDES, A.C. Mielomeningocele saúde & qualidade de vida: patologia & nutrição. **Saúde Brasil Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.rgnutri.com.br/sqv/patologias/mielomeningocele.php>>. Acesso em: 3 dez. 2009.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOBE, J.L. *et al.* QI em pacientes com hidrocefalia e mielomeningocele: implicações do tratamento cirúrgico. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 1, mar.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X19990001000009&Ing=en&nrm=isso>. Acesso em: 4 dez. 2009.

FONTES, R.S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de educação**, Rio de Janeiro, n. 29, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782005000200010>. Acesso em: 07 dez. 2009.

FRANCISQUETTI, A.A. Arte-reabilitação em enfermaria infantil. In CIORNAI, S. **Percursos em arteterapia**: arteterapia e educação. São Paulo: Summus, 2005.

_____. Arte-reabilitação infantil e adulto. In: FERNANDES, A.C. *et al.* **AACD medicina e reabilitação**: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas, 2007. cap. 44, p. 865-887.

JOÃO PAULO II. Mensagem do Santo Padre em preparação para o Dia Mundial do Doente a celebrar-se a 11 de fevereiro de 2002 na Índia. Castelgandolfo, 2001. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/messages/sick/documents/hf_jp-ii_mes_20010813_world-day-of-the-sick-2002_po.html>. Acesso em: 7 dez. 2009.

JULIATTO, I.C. (Coord.). **Um jeito próprio de cuidar**: reflexões e propostas para a área de saúde. Curitiba: Champagnat, 2005. (Coleção Institucional, 1).

_____. **Um jeito próprio de evangelizar**: a pastoral na PUCPR. Curitiba: Champagnat, 2008. (Coleção Institucional, 6).

KAGIN, S; LUSEBRINK, S. The expressive therapies continuum. **Art Psychotherapy**, New York, v. 5, p. 171-180, 1978.

KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSELL, T.M. **Fundamentos da neurociência e do comportamento**. São Paulo: Prentice Hall do Brasil, 1994.

LOWENFELD, V. **A criança e sua arte**. 2. ed. Tradução de Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1977.

MACHADO, A.M. (Coord.). **Volpi**: era uma vez três. 30. ed. São Paulo: Ed. Berlendis & Vertecchia, 1996. (Arte para crianças).

MATEUS. In: **BÍBLIA SAGRADA**. 29. ed. São Paulo: Ed. Ave Maria, 1980. cap. 25.

MEREDIEU, F. **O desenho infantil**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

OLIVEIRA, L.M.; SOUZA FILHO, V.C.; GONÇALVES, A.G. Classe hospitalar e a prática da pedagogia. **Revista Científica Eletrônica de Pedagogia**, Garça, SP, v. 6, n. 11, jan. 2008. Disponível em: <www.revista.inf.br>. Acesso em: 19 out. 2009.

OSTROWER, F. **Criatividade e processos de criação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

OTT, R.W. **Image watching & nardini**: textos básicos. São Paulo: SESC, 1988.

PAREYSON, L. **Os problemas da estética**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

PAIN, S.; JARREAU, G. **Teoria e técnica da arteterapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PIAGET, J. **A epistemologia genética**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1973.

PIAGET, J; INHELDER, B. **Psicologia da criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

RHYNE, J. **Arte e Gestalt**: padrões que convergem. Tradução de Maria Betânia Paes Nогren. São Paulo: Summus, 2000.

RIBAS, E. 10 anos de atendimento humanizado na saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 out. 2009. Tendências e Debates. p. A3. Disponível em: <twitter.com/Folhadebate>. Acesso em: 22 out. 2009.

RIZZO, A.M.P.P. Psicologia infantil. In: **Como tratarmos a paralisia cerebral**. São Paulo: Ed. Escritório, 1997.

SAAVEDRA, A. **Nueva educación, humanización, globalización, interculturalidade, postmodernidad, medios de comunicación social**. Quito: Ed. Abya-Yala, 2006.

SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

SCARAMUSSA, T., Pe.; SILVA FILHO, G.Z., Pe. **Pedagogia do amor**: o Sistema Preventivo de Dom Bosco. Belo Horizonte: Centro Salesiano de Apoio Pastoral, 1995. Disponível em: <<http://www.salesianos.com.br/downloads/SubsidioRSE1.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

ULHIN, D. **Art for exceptional children**. Dubuque, Iowa: Am. C. Brow Co., 1979.

STEIN, M. **JUNG**: o mapa da alma: uma introdução. Tradução de Álvaro Cabral. 5. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

VYGOTSKY, L.S. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A

(ver cap. 5, item 5.5)

Vídeo com apresentação dos trabalhos executados no Setor de Arte-reabilitação no
Hospital Abreu Sodré, AACD-SP

APÊNDICE B

(ver cap. 5, item 5.6.2)

QUESTIONÁRIO COM AS MÃES**Nome da mãe:** _____ **RG:** _____**Nome da criança:** _____

- 1 - Quais são suas expectativas em relação ao tratamento de seu filho(a)?
- 2 - Você recebe informações em relação ao tratamento de seu filho(a)? Respondem às suas perguntas?
- 3 - Como você se sente durante este tempo da hospitalização de seu filho(a)?
- 4 - Existe alguma alteração no equilíbrio familiar decorrente desta internação?
- 5 - Você recebe apoio de sua família?
- 6 - Aqui no hospital em quem você se apóia?
- 7 - Seu filho gosta (a) desta terapia? (Arte)
- 8 - Você acha que é importante para ele (a)?
- 9 - Em sua opinião como é o aproveitamento de seu filho(a) na escola?
- 10 - Você teve contato com a escola de seu filho(a) durante este tempo?
- 11 - A escola tem conhecimento de quanto tempo seu filho(a) ficará afastado(a)?
- 12 - Você se preocupa com o retorno de seu filho(a) à escola?

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXOS

ANEXO A

(ver cap. 5, item 5.3)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ mãe / responsável pelo(a) paciente _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal_____
Documento de identidade_____
Assinatura do pesquisador responsável_____
Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: _____

ANEXO B

(ver cap. 5, item 5.3)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONCORDÂNCIA

Você está sendo internado para tratamento cirúrgico aqui no hospital e está sendo convidado a participar do estudo (**A Arte Reabilitação na proposta da Pedagogia Hospitalar**), um ramo da educação que oferece assessoria ao atendimento emocional e cognitivo, no ambiente hospitalar, às crianças e seus familiares através do fazer arte e tem a finalidade de recuperar a socialização da criança afastada da escola, por motivos ligados a enfermidades.). Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é (a humanização do espaço hospitalar) e caso você participe, será necessário (participar das propostas artísticas, como desenhar, pintar, bordar, brincar, pensar, criar). (Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto) Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.