



Iolanda Marisa Vicente de Sousa

**ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOFISIOLÓGICAS DA
PINTURA COMO ACTIVIDADE CRIATIVA REMEDIATIVA
DAS MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL

2010

Instituto Politécnico do Porto
Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

**ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOFISIOLÓGICAS DA PINTURA
COMO ACTIVIDADE CRIATIVA REMEDIATIVA DAS MANIFESTAÇÕES DE
ANSIEDADE**

Iolanda Marisa Vicente de Sousa

2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Terapia
Ocupacional, Área de Especialização Saúde Mental, Escola
Superior de Tecnologias da Saúde, Instituto Politécnico do
Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques e co-orientada
pelo Professor Doutor Pedro Monteiro
(E.S.T.S.P.- I.P.P.)

Resumo

Ao longo das últimas duas décadas, as intervenções de Arte-Terapia baseada nas actividades criativas de Pintura têm sido implementadas em várias instituições e com variados objectivos e fins terapêuticos, diferindo nas suas abordagens (antroposófica, arte-pedagógica e apenas baseada na arte) e nos seus métodos e materiais aplicados.

Constatamos que o recurso a actividades criativas, como a Pintura, provocam efeitos positivos nos indivíduos levando-os a resolver problemas e a reduzir ansiedades, melhorando a sua qualidade de vida. Deste modo é objectivo deste estudo pré-experimental efectuar uma análise das propriedades psicofisiológicas da Pintura como actividade criativa remediativa das manifestações de ansiedade em adultos, sem diagnóstico de perturbação ansiosa. De encontro a esse objectivo, perante uma amostra constituída por 7 indivíduos com níveis de ansiedade elevados, desenvolvemos um processo terapêutico, em que foram realizadas dez sessões de pintura, com a periodicidade de duas vezes por semana tendo cada sessão a duração de 45 min. Antes e depois da intervenção pela pintura, foi administrado o inventário para Avaliação do Traço da Ansiedade (STAY-Y), e durante essas sessões foram registadas as manifestações psicofisiológicas da ansiedade, mais especificamente a actividade electrodérmica da pele (EDA) e a frequência cardíaca. (FC), sendo efectuada a sua análise. Na sequência da análise dos dados obtidos nos dois instrumentos aplicados, verificamos que em relação aos marcadores psicofisiológicos EDA e FC não obtivemos diferenças estatísticas significativas para comprovar que de facto existe uma relação entre estes marcadores e a redução da ansiedade. Em relação ao STAY-Y referente à ansiedade traço, aplicado antes e depois das sessões de pintura, verificamos uma diminuição do score, o que evidência a ocorrência de uma diminuição da ansiedade traço nos indivíduos alvo do nosso estudo.

Significa isto que apesar de existir uma variância nos resultados obtidos através das duas abordagens, é provavel que a pintura, enquanto actividade terapêutica, reduza o traço de ansiedade em indivíduos normais, com níveis de ansiedade elevados e sem manifestações de ansiedade diagnosticada.

Abstract

During the last two decades, the interventions of Art-Therapy based on the creative activities of Painting have been developed in different institutions, with various therapeutic objectives, using different approaches (anthroposophical, pedagogical art or just art based), different methods and materials. We realize that creative activities such as Painting have positive effects on people, helping them to solve problems and to reduce anxiety, getting a better quality of life. It is the aim of this pre-experimental study to analyze the psychophysiological properties of Painting have been developed in different institutions, with various therapeutic objectives, using different approaches (anthroposophical, pedagogical art or just art based), different methods and materials. We realize that creative activities such as Painting have positive effects on people, helping them to solve problems and to reduce anxiety, getting a better quality of life. It is the aim of this pre-experimental study to analyze the psychophysiological properties of Painting as a creative activity that helps attenuating the manifestations of anxiety in normal adults with no diagnosis of anxiety disease. According to the objective, we selected seven people with high anxiety level as a sample and we developed a therapeutic process consisting of ten sessions of Painting, twice a week, 45m each session. Before and after each session we administrated the register to evaluate the character of anxiety (STAY-Y) and during the sessions we registered the psychophysiological manifestations of anxiety, more specifically the electrodermic activity of the skin (EDA) and the cardiac frequency (FC) for a later study. Through the study of the results, we realized that in what concerns EDA and FC we didn't obtain significant statistic differences that could prove that there is a relationship between these markers and the reducing of anxiety. In what concerns STAY-Y, applied before and after the sessions, we could find a decrease of the score, proving there was a decrease in the character of anxiety in our sample.

As a conclusion we can say that, according to the results of our study and although there is a difference in the results we obtained with the two approaches, it seems to us that Painting as a therapeutic activity reduces the character of anxiety in normal adults with high levels of anxiety, but with no manifestations of diagnosticated anxiety.

Resumé

Au cours des deux dernières décennies, les interventions de la thérapie par l'art fondées sur des activités créatives de la peinture ont été mis en œuvre dans des diverses institutions et avec des objectifs et fins thérapeutiques divers dans leurs approches (anthroposophiques, art-pédagogique et uniquement en fonction de l'art) et dans ses méthodes et matériaux utilisés. Nous vérifions que l'utilisation d'activités créatives telles que la peinture, des effets positifs dans les personnes pour résoudre leur problèmes et à réduire l'anxiété, à améliorer leur qualité de vie. Ainsi, l'objectif de cette étude préliminaire c'est de procéder à un examen des propriétés psychophysiologiques de la peinture comme une activité créatrice des manifestations de l'anxiété chez les jeunes adultes sans diagnostic de trouble anxieux. Dans ce but, avec un échantillon de sept personnes ayant des niveaux élevés d'anxiété, nous avons développé un processus thérapeutique, dans lequel ont été réalisés dix séances de peinture, avec une périodicité de deux fois par semaine et chaque séance avec une durée de 45 min. Avant et après l'intervention par la peinture, l'inventaire a été administré à l'Évaluation de l'Anxiété Trait (STAY-Y), et au cours de ces sessions ont été enregistrées des manifestations psychophysiologiques de l'anxiété, en particulier l'activité électrodermale de la peau (EDA) et la fréquence cardiaque (FC). Grâce à l'analyse des données provenant des deux instruments utilisés, nous avons constaté que par rapport aux marqueurs psychophysiologiques EDA et FC nous n'avons pas obtenu de différences statistiquement significatives pour prouver qu'en fait, il existe une relation entre ces deux marqueurs et la réduction de l'anxiété. Par rapport à le STAY-Y sur le l'anxiété trait, appliqué avant et après les séances de peinture, nous avons constaté une diminution du score, ce qui prouve une réduction de l'anxiété trait aux personnes ciblées de notre étude.

En conclusion, en tenant compte les données obtenues dans l'étude développée et même avec une variance dans les résultats obtenus en utilisant les deux approches, nous référons la peinture comme une activité thérapeutique, qui diminue l'anxiété trait chez les patients avec des niveaux élevés d'anxiété et sans manifestations d'anxiété diagnostiquée.

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio e a disponibilidade de algumas pessoas, a quem deixo o meu sincero agradecimento:

Aos meus orientadores Professor António Marques e Professor Pedro Monteiro, pela abertura, pragmatismo, disponibilidade manifestada, pelos conselhos atribuídos e conhecimentos transmitidos.

Ao Professor Ilídio, pela ajuda manifestada e exactidão estatística.

Aos meus amigos (as) pelas energias, paciência, compreensão, incentivo e crítica construtiva.

E claro à minha família, pela segurança, apoio, confiança e suporte.

Abreviaturas

GABA- Acido gamaaminobutírico

SNA- Sistema Nervoso Autónomo

FC- Frequência Cardíaca

EDA- Actividade electrodérmica da pele

STAY-Y- Inventário para avaliação Avaliação do Estado-Traço de Ansiedade

S1- Sessão 1

S5- Sessão 5

S10- Sessão 10

T0- Momento de repouso

T1- Momento 1

T2- Momento 2

T3- Momento 3

Índice de tabelas

Tabela 1: Relação dos valores de mediana e desvio interquartis de EDA em , μ siemens(μ S) ao longo de cada sessão e entre sessões. Teste não paramétrico de Friedman, $p < 0,05$ - 43 -

Tabela 2 Relação dos valores de mediana e desvio interquartis de Frequência Cardíaca em batimentos/minuto (bpm), ao longo de cada sessão e entre sessões. Teste não paramétrico de Friedman, $p < 0,05$ - 44 -

Tabela 3 Análise de FC nos intervalos tempo da S1. Teste de Wilcoxon, $p < 0,05$ - 45 -

Tabela 4. Análise de FC nos intervalos tempo da S5. Teste Wilcoxon, $p < 0,05$ - 46 -

Tabela 5 Relação dos valores de media e desvio interquartis de EDA e FC entre cada sessão. Teste não paramétrico de Friedman $p < 0,05$ - 46 -

Tabela 6. Correlação dos valores médios de EDA e de FC em cada sessão. Coeficiente de correlação de Pearson, $p < 0,05$ - 47 -

Tabela 7. Correlação dos valores médios de EDA e de FC de S1 com o STAY-Y antes da sessão de pintura. Coeficiente de correlação de Pearson, $p < 0,05$ - 48 -

Tabela 8: Correlação dos valores médios de EDA e de FC de S10 com o STAY-Y depois da sessão de pintura. Coeficiente de correlação de Pearson, $p < 0,05$ - 48 -

Tabela 9 Relação dos valores de mediana e desvio interquartis de STAY-Y, antes e depois das sessões de pintura. Teste Wilcoxon ($n < 30$), $p < 0,05$ - 48 -

Índice

Introdução.....	- 4 -
Capítulo I	- 7 -
Enquadramento Teórico	- 7 -
1.Arte-Terapia.....	- 8 -
1.1.Contextualização Histórica da Arte-Terapia.....	- 8 -
1.2.Definição de Arte-Terapia.....	- 11 -
1.3.Pintura.....	- 12 -
2.Ansiedade	- 17 -
2.1.Considerações gerais.....	- 17 -
2.2. Etiologia da Ansiedade.....	- 21 -
2.3.Componentes da ansiedade.....	- 23 -
2.4. Componente psicofisiológica da ansiedade.....	- 27 -
3.Pintura e Ansiedade.....	- 30 -
Capitulo II.....	- 34 -
Estudo Empírico.....	- 34 -
1.Metodologia	- 35 -
1.1.Instrumentos	- 36 -
1.2.Procedimentos	- 38 -
1.3. Caracterização da Amostra	- 42 -
2.Resultados.....	- 43 -
2.1.Actividade electrodérmica da pele (EDA)	- 43 -
2.2.Frequência cardíaca (FC).....	- 44 -
2.3.Média de EDA e FC nas três sessões.....	- 46 -
2.4. Correlação da média de EDA e de FC de cada sessão.....	- 47 -
2.5.Correlação da média de EDA e de FC de S1 e S10 com o STAY-Y antes e depois das sessões de pintura.....	- 47 -
2.4.Análise do score do STAY-Y antes e depois das sessões de pintura.....	- 48 -
3.Discussão	- 49 -
Conclusões	- 54 -
Referências Bibliográficas	- 56 -

*Nem sempre consigo sentir o que sei que devo sentir
O meu pensamento só muito devagar atravessa o rio a nado
Porque lhe pesa o fato que os homens o fizeram usar
Procuo despir-me do que aprendi,
Procuo esquecer-me do modo de lembrar o que me ensinaram,
E raspar a tinta com que pintaram os sentidos,
Desencaixotar as minhas emoções verdadeiras,(...)*

Alberto Caeiro

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis

(*Presença*, nº31-32, Janeiro de 1933)

Introdução

Com esta dissertação, intitulada “ Estudo das propriedades psicofisiológicas da Pintura como actividade criativa remediativa das manifestações de ansiedade”, pretendemos dar continuidade aos trabalhos científicos realizados anteriormente na nossa formação académica e científica.

A escolha deste tema para tese de Mestrado em Terapia Ocupacional, área especialização Saúde Mental, pareceu-nos pertinente dada a actualidade do tema e emergência da utilização de novas técnicas terapêuticas expressivas e criativas baseadas numa forma de arte, para a reabilitação/habilitação de pessoas com disfunções psicossociais.

Durante a formação como Terapeuta Ocupacional tivemos conhecimento que a Pintura de expressão livre é uma das actividades criativas utilizada como técnica terapêutica em serviços de Terapia Ocupacional na área de Saúde Mental. Por outro lado, ainda é uma técnica pouco divulgada havendo poucos conhecimentos científicos e dados empíricos sobre esta forma de terapia, que nos permita analisar, sistematizar e validar mais a sua eficácia terapêutica.

Apesar de nos depararmos com algumas lacunas teóricas e empíricas, nomeadamente a escassez de bibliografia que trata deste tema mais em geral, e das relações entre a pintura e ansiedade, constatamos pela nossa prática que as actividades criativas parecem produzir impactos positivos no bem-estar dos indivíduos. Esta nossa apreciação é aliás reforçada por Atkinson (2000), o qual tem vindo a desenvolver o seu trabalho neste âmbito.

Assim, devido a todas as potencialidades terapêuticas que podemos encontrar nesta forma de arte e terapia, e ao vasto campo de investigação que esta pode acolher, optamos por efectuar um estudo empírico, meramente exploratório, em que colocamos como questão de investigação se a pintura enquanto técnica criativa, reduz o traço das manifestações de ansiedade em indivíduos normais, com níveis de ansiedade elevados.

No sentido de concretizar o presente estudo, realizamos sessões de pintura, em que foi feita a recolha e análise dos marcadores psicofisiológicos,

frequência cardíaca (FC) e actividade electrodérmica da pele (EDA), de alunos do 3º Ano do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Superior da Tecnologia da Saúde do Porto, que apresentavam manifestações de ansiedade, medidos previamente com recurso ao inventário para Avaliação do Estado-Traço da Ansiedade (STAY-Y), de modo a definir se esta actividade criativa permitia a remedição de manifestações de ansiedade.

Desta forma, estruturou-se esta dissertação em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico são inicialmente revistos o conceito de Arte-Terapia, sua contextualização histórica e definição de Arte-Terapia, caracterizando os seus mediadores artísticos fazendo a ponte para a introdução da Pintura como actividade criativa de Arte-Terapia. Após, referimos uma breve resenha histórica pelas origens da pintura como terapia e, concomitantemente do seu aparecimento e inserção no mundo criativo e terapêutico da Arte-Terapia com especial ênfase na Terapia Ocupacional.

Descrevemos posteriormente o conceito de Ansiedade, considerações gerais, caracterizando ansiedade –estado e ansiedade- traço, etiologia, e componentes da ansiedade, fazendo alusão às suas componentes cognitiva, fisiológica, e comportamental. Em seguida, debruçamo-nos particularmente sobre a componente psicofisiológica da ansiedade, sobre a qual incide o nosso estudo, e nomeadamente dos marcadores psicofisiológicos. frequência cardíaca (FC) e actividade electrodérmica (EDA). De seguida efectuamos uma incursão às propriedades psicofisiológicas da pintura caracterizando-a como actividade criativa redutora de ansiedade, estabelecendo uma simbiose entre estes dois conceitos, Pintura e Ansiedade. Por fim, descrevemos as evidências científicas existentes e relevantes para o tema estudado.

A segunda parte, dedicada ao estudo empírico, clarificamos a metodologia utilizada no presente trabalho (instrumentos, procedimentos, amostra). Finalmente, apresentamos os resultados obtidos através da análise dos marcadores psicofisiológicos (FC e EDA) registados durante as sessões de pintura, e da aplicação do Inventário para Avaliação do Estado-Traço da Ansiedade (STAY-Y), para uma amostra de 7 indivíduos estudantes de Curso

de Terapia Ocupacional da ESTSP. Por fim, procedemos à interpretação e discussão dos resultados obtidos.

Com este estudo, não pretendemos mais do que acrescentar um novo alento e forma de olhar para as terapias criativas, nomeadamente a Pintura, levantando alguns indicadores objectivos, com recurso à recolha de sinais psicofisiológicos, frequência cardíaca e actividade electrodérmica da pele, de modo a analisarmos o impacto que estas técnicas criativas podem ter na diminuição das manifestações de ansiedade.

Capítulo I
Enquadramento Teórico

Neste capítulo, efectuaremos uma incursão nas tendências teóricas recentes acerca do fenómeno em análise, estudo das propriedades psicofisiológicas da Pintura como actividade criativa remediativa das manifestações de ansiedade, recorrendo a uma revisão bibliográfica onde abordamos vários temas pertinentes e inerentes ao objecto de estudo.

1.Arte-Terapia

Apresentamos em seguida, algumas referências relativas ao conceito de Arte-Terapia, sua contextualização histórica, definição, introduzindo em seguida o seu mediador artístico Pintura.

1.1.Contextualização Histórica da Arte-Terapia

Apesar do conceito de Arte-Terapia ser relativamente recente, o valor terapêutico da Arte já há muito que é reconhecido. Por exemplo, podemos referir a Arte Tribal, arte ritualizada, que reflecte e contém a parte emocional e espiritual do grupo. Os primeiros praticantes de Arte-Terapia foram muitas vezes artistas que trabalhavam em *settings* clinicos ou educacionais, e reconheciam o poder curativo da criatividade visual. Neste processo teve igual importância as teorias e práticas derivadas da compreensão psico-analítica (Pain, 2001).

A terapia pela Arte e o termo Arte-Terapia surgiu pela primeira vez em 1945, no primeiro livro publicado por Adrian Hill, *Art vs Illness* (Arte versus Doença). Este artista inglês, esteve internado num sanatório para tratar uma tuberculose. Durante o longo período de evolução da sua doença e reabilitação, passou o seu tempo a pintar. Os médicos que o assistiam puderam observar uma aceleração na sua recuperação e um estado geral de bem estar manifesto. Após o seu restabelecimento foi convidado a regressar para fazer pintura com os pacientes do santório (Mcniff,1992).

Podemos então referir, que os primeiros “Terapeutas de Arte” eram pintores que exerciam uma segunda profissão em hospitais psiquiátricos ou em centros educacionais para crianças deficientes, que chegaram à

conclusão que o uso da criatividade tinha efeitos curativos ou de melhoria. No entanto, foram as teorias derivadas da Psicanálise que desenvolveram no início a Arte-Terapia.

As primeiras pesquisas da relação arte e psiquiatria remontam aos fins do séc.XIX. Desde o final do séc.XIX, que os psiquiatras manifestaram interesse nas produções artísticas dos alienados, colecionaram-nas e estudaram-nas. Entre eles podemos citar Ferri, Charcot e Richet (Campbell,1994). Em 1906, Mohr, comparou os trabalhos produzidos por doentes mentais, pessoas ditas normais e grandes artistas. No início do séc.XX, Prinzhorn, estudou as manifestações psicológicas e também a psicopatologia das expressões artísticas nos indivíduos normais (Pain, 2001).

Surge assim, no séc. XX, um aumento do interesse por parte dos psiquiatras na utilização da arte como terapia, focando a sua atenção nas conexões entre imagem, emoção humana e o inconsciente (Garcia, 2004).

Ainda no séc.XX, Freud, dedicou-se a escrever sobre os artistas e suas obras, analisando-as sobre a óptica da Psicanálise (Pain,2001). Desde as teorias originais da explicação do inconsciente de Sigmund Freud, que emergiram uma riqueza de conceitos e abordagens psicoterapêuticas, sendo este autor quem primeiramente referiu e estabeleceu a existência da tríade, imagem, emoção humana e inconsciente. Através dos relatos dos seus doentes que conseguiam transpor os seus sonhos para o papel, mas não os conseguiam descrever por palavras, Freud descreve a ligação da expressão artística com o inconsciente, como forma de compreensão da psique (Garcia, 2004).

Desta forma, descreve o conteúdo, crescimento e a função do inconsciente ou mundo interno, e como este se relaciona com as experiências e comportamentos da vida real. Como os conteúdos dos sonhos, interpretados na psicanálise clássica, produzem espontaneamente imagens entendidas como reflexo psicológico do seu criador. Observa que o inconsciente manifesta-se por meio de imagens, sendo uma comunicação simbólica com função catártica, e também que estas imagens escapavam da censura da mente com mais facilidade que as palavras podendo transmitir mais directamente os seus significados. A criação artística, seria assim fruto

de um processo de sublimação de desejos sexuais, impulsos instintivos, não possíveis de serem satisfeitos na realidade (Andrade, 1993).

Na década de 20, Jung, utilizou a linguagem expressiva nos seus processos psicoterapêuticos, definindo a criatividade como uma função psíquica natural do ser humano tendo um papel estruturante. Este autor acreditava que era importante revelar através da arte, as imagens escondidas no inconsciente, caso contrário, estas iriam ter um efeito negativo no comportamento humano (Malchiodi, 1998).

Jung (1964), reconheceu o poder dos símbolos, e a Arte é utilizada como facilitadora da cura, através dos símbolos que nela estão presentes, assim como nos sonhos e fantasias. Neste processo, os indivíduos são activamente encorajados a desenhar e a pintar, e a crescer na compreensão do que as suas imagens transmitem, tornando-se um passo para a iniciação da sua reabilitação (Campbell, 1994).

Desta forma, através da linguagem artística, abre-se uma possibilidade do indivíduo organizar o seu caos interior, pois pode exteriorizar as suas demandas críticas. Ao interagir com as imagens internas, o sujeito pode moldá-las, transformando-se ao longo do processo. Igualmente, a arte utilizada como terapia parte da premissa que os indivíduos no seu processo de auto-conhecimento, expressam de forma criativa o pleno potencial da psique. A utilização da arte, como uma forma de expressão pessoal e comunicação de sentimentos e pensamentos, possui diversas vantagens, principalmente quando é difícil para os indivíduos a expressão por palavras.

Por vezes, traduzir sentimentos oralmente, principalmente quando estas emoções são traumáticas, é muito difícil (ou mesmo impossível), o que leva a que as pessoas não as partilhem, o que causa sentimentos depressivos, ansiedade e frustração (Malchiodi, 1998). Assim a Arte assume o papel de veículo condutor no processo de comunicação entre o inconsciente e o consciente.

Tendo em conta este pressuposto torna-se pertinente definir o conceito de Arte-Terapia.

1.2. Definição de Arte-Terapia

A Arte-Terapia distingue-se como método de tratamento psicológico, integrando no seu contexto mediadores artísticos (desenho e pintura, colagem, modelagem e escultura, dramatização, contar histórias, música, dança, expressão corporal, relaxamento, visualização criativa, entre outros). Tal origina uma relação terapêutica particular, assente na interacção entre sujeito (criador), o objecto de arte (criação) e o terapeuta (receptor). O recurso à imaginação, ao simbolismo e à metáfora enriquece e incrementa o processo (Campbell, 1994).

As características referidas facilitam a comunicação, o ensaio de relações objectais e reorganização dos objectos internos, a expressão de emocional significativa, o aprofundar do conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade (Pain, 2001).

Para a American Association of Art Therapy (AATA), a Arte-Terapia baseia-se na crença de que o processo criativo envolvido na actividade artística é terapêutico e enriquecedor da qualidade de vida das pessoas. Por meio da criação artística e da reflexão dos processos e trabalhos artísticos resultantes, as pessoas podem ampliar o conhecimento de si e dos outros, aumentar a sua auto-estima, lidar melhor com sintomas, ansiedades e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico (AATA, 2003).

Desta forma a Arte auxilia no processo de comunicação entre o inconsciente e o consciente, oferecendo inúmeros materiais para que o indivíduo se sinta livre na escolha daquele que mais lhe for apropriado (Liebman, 1991).

O processo de criação de imagens espontâneas detém um papel importante nas relações terapêuticas. A Arte-Terapia incorpora uma abundância de diferentes práticas e abordagens, desde a psico-analítica até à perspectiva que a terapia resulta do própria actividade criativa.

A prática da Arte-Terapia tem sido influenciada pela psicologia humanística, assim com por outras abordagens como a Terapia Gestáltica. Na Arte-Terapia Gestáltica, as imagens são usadas para explorar o que está

a acontecer no momento, situação actual do indivíduo, no “ aqui e agora”, em oposição à concentração das suas experiências passadas. O processo de criatividade visual tem sido explorado por artistas e analíticos, tais como Ehrensweig (1967) e Milner (1950), sendo as suas ideias úteis no desenvolvimento e criação de meios para promover atitudes criativas através de actividades criativas (Campbell,1994).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (SPAT), a Arte-Terapia, distingue-se como método de tratamento psicológico, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos (Pintura, Desenho, Música, Expressão Corporal, Escultura, Contos, Escrita Criativa entre outros). Tal origina uma relação terapêutica particular, assente na interacção entre sujeito (criador), o objecto de arte (criação) e o terapeuta (receptor) (Carvalho cit in Ciornai, 2004).

Os mediadores artísticos anteriormente referidos, segundo Ciornai (2004), têm o poder de cura. Cura no sentido de possibilitar ao indivíduo, ou ao grupo, a expressão das suas sensações, percepções e dos seus sentimentos.

Neste trabalho, optamos pelo estudo do mediador artístico Pintura, efectuando em seguida referência às suas propriedades criativas.

1.3.Pintura

Partindo da necessidade de deixar uma marca, de apropriar-se de um objecto, o homem, no decurso da sua história, nunca cessou de pintar. Mesmo que os objectivos perseguidos pareçam ter variado no tempo, a arte, nomeadamente, a Pintura é sempre o reflexo da sua época e das suas preocupações.

Os vestígios históricos revelam que desde sempre o homem sentiu necessidade de se exprimir, utilizando como mediadores diferentes recursos de acordo com o seu enquadramento grupal, tecnológico, religioso e cultural.

Crê-se que à 15 mil anos atrás, na Idade do Gelo, as pinturas nas cavernas realizadas pelos homens primitivos, eram uma forma de estes exteriorizarem os seus sentimentos de poder sobre os animais e de se

prepararem para o dia da caçada. Assim como os egípcios e os chineses, que também realizavam pinturas que não tinham como objectivo a simples ornamentação e decoração (Rubin, 1999).

Desde o século V a.c. que existem registos na Grécia da utilização da arte como um meio de tratamento e cura. Já nesta época, as expressões artísticas baseadas na pintura, correspondiam à expressão psíquica da comunidade e, particularmente, de cada indivíduo, tendo sido um importante factor em rituais curativos. No Tibete, a pintura em areia era uma forma de curar e libertar as pessoas do sofrimento. Assim, ao longo dos tempos a Arte, Pintura, sempre foi tida como algo mágico e capaz de mudar comportamentos nas pessoas, razão pela qual tem sido vista como terapêutica (Hemphill-Pearson, 1999). Desta forma, nas culturas ancestrais, tal como actualmente, a arte era simbolicamente usada para trazer benefícios físicos e psicológicos (Malchiodi, 1998).

Devido a este impulso, surgiram posteriormente diversos estudos relacionando a utilização de actividades criativas com a doença mental, nomeadamente em 1876, foram publicados estudos sobre as obras artísticas de doentes mentais, classificando as patologias mediante as suas obras. Em 1906, Mohr, surge com a teoria de utilizar os desenhos para estudos da personalidade (Hemphill-Pearson, 1999).

Segundo Huyghe (1967), a Arte surge a meio caminho do homem e do universo. Nela, ele reconhece-se, encontra, os seus pensamentos e os seus sentimentos, ao mesmo tempo que faz aquilo que o cerca e que não é ele. A dualidade irreduzível da sua dupla experiência externa e interna encontra-se, enfim resolvida. De algum modo isto pode ser explicado pelas origens e complexidade da criatividade e o que acontece ao indivíduo quando começa a pintar.

Assim, podemos compreender que a criatividade é imprevisível, caos potencial, novidade e experimentação. Como refere Stern (1972,p.11), “(...) a criatividade é a capacidade de trazer algo de novo na existência dessa pessoa.” Gardner (1996), descreve que o indivíduo criativo não se torna criativo de uma hora para a outra ou a partir de um determinado momento, mas sim a criatividade ou um comportamento criativo é algo que se inicia na

infância. Ou seja, a criança que é estimulada na sua curiosidade a explorar e a descobrir coisas sobre o seu mundo e a entender que não há respostas únicas, será uma pessoa que apresentará um padrão ou estilo de funcionamento exploratório e inovador. O indivíduo perceberá e recriará o seu mundo a partir das vivências e relações do seu próprio corpo, e a apreensão do mundo dar-se-á através da interação de todos os sentidos no tempo e no espaço.

Ciornai (2004), define o processo criativo como a emergência de um novo produto relacional, que surge da singularidade do indivíduo, por um lado, e dos materiais, acontecimentos ou circunstâncias da sua vida por outro lado. O que constitui a essência da criatividade é a originalidade ou singularidade. Distingue ainda, a criatividade construtiva, presente na pessoa que é aberta a todas as experiências e as formas patológicas de criatividade presentes na pessoa que nega áreas das suas experiências.

Em relação à motivação para a criatividade, afirma que ela estaria na tendência humana para se auto-realizar, para concretizar as suas potencialidades havendo condições que facilitam a criatividade sendo estas:

- Segurança psicológica; que seria estabelecida através de três processos: aceitação do indivíduo de um modo incondicional, existência de um clima onde a avaliação externa estaria ausente e a compreensão empática;

- Liberdade psicológica, que significa permitir ao indivíduo uma completa liberdade de expressão simbólica, favorecendo a abertura e o jogo espontâneo de percepções, conceitos e significados.

Neste sentido, podemos referir que a Pintura, como actividade criativa, está associada aos aspectos da personalidade. Entendida como um fenómeno expressivo e sublimatório actua na elaboração psíquica do simbolismo individual, que conectado à cultura, adquire um sentido produtivo e social.

No séc. XX, a Terapia Ocupacional começou por utilizar actividades criativas e expressivas, como forma de avaliação e intervenção, sendo a Pintura uma das actividades eleitas. As actividades criativas são muito

importantes numa intervenção em Terapia Ocupacional, quando o indivíduo apresenta dificuldades devido a doença ou incapacidade. A capacidade de pensar e actuar criativamente irão influenciar a maneira como os problemas são encarados e no encontro da capacidade de encontrar soluções.

Um dos grandes desafios de um Terapeuta Ocupacional será encontrar actividades que vão de encontro ao potencial criativo dos indivíduos, de modo a ultrapassarem a suas barreiras, problemas e ansiedades. Recorrendo à Pintura como uma dessas actividades, o Terapeuta Ocupacional deverá ter em conta que a realização da imagem faz parte do processo/desenvolvimento psicológico e as técnicas e capacidades artísticas não são importantes, mas sim todo o processo envolvente na criação.

Como João dos Santos (1983, p.66) refere “(...) a criação artística no acto de pintar, própria do estilo pessoal de cada indivíduo, pode ser por si mesma uma terapêutica”, cabe ao terapeuta acompanhar o processo do indivíduo, ser testemunha da sua aventura, ajudá-lo a superar os obstáculos encontrados, considerando-os ao mesmo tempo, de um ponto de vista objectivo e subjectivo; ele desencadeia um processo de libertação, mas sem procurar tornar o indivíduo consciente do que exprime.

Deve observar como o indivíduo se relaciona com a pintura, sendo capaz de tirar prazer, ou se pelo contrário, se tem uma atitude passiva ou apática em relação a toda a actividade: “ Para o observador terapeuta, não se trata de interpretar uma mensagem ou de admirar a sua configuração, mas de reconstruir o caminho de pesquisa que permitiu ao autor encontrar, ao mesmo tempo, o que tinha a dizer e a maneira de dizê-lo:”(R.Schirmacher, cit in Sá,1998, p.7). Através do uso de diversos materiais, como por exemplo as tintas na actividade de Pintura, o trabalho produzido pode ser entendido como a expressão da personalidade do indivíduo nos seus diferentes conflitos, mecanismos de defesa, capacidades egóicas e estágio de desenvolvimento (Lima,1995).

Segundo Read (1982, p.139), a Pintura de expressão livre integra uma complexidade de “(...) actividades corporais e processos mentais cuja formulação plástica provém de uma necessidade profunda, pois a vida

emotiva do indivíduo é impregnada de sensações, sentimentos e experiências, que para manter a sua estabilidade emocional têm necessidade de se exprimir.” A Pintura de expressão livre faz um intenso apelo à interioridade, a esse algo profundo que existe dentro do ser. Stern (1973) refere que a expressão pode manifestar-se a dois níveis: pode ser directa, é a afirmação de um estado quando o indivíduo pinta na folha de papel branco os seus temores, ansiedades, sentimentos, prazeres e decepções, ou compensadora, quando cria na folha de papel um micro-mundo de acordo com a sua realidade interior, com as suas emoções, enfim à sua medida. A expressão é a topografia da vida interior de cada indivíduo.

De acordo com Creek (1997), a terapia é vista como uma relação triangular que compreende a imagem-utente-terapeuta. O Terapeuta deve tratar todo o trabalho do indivíduo com respeito independentemente da qualidade do trabalho ou estágio de realização, se o completou ou não. Estes conceitos foram desenvolvidos por Terapeutas Ocupacionais Sul Africanos para a sua aplicação em pessoas com problemas ao nível da saúde mental (Creek, 1997).

Assim sendo, a Terapia Ocupacional ao utilizar a Pintura como actividade terapêutica criativa, tenta demonstrar e compreender os conflitos internos, e encontrar métodos que possam reflectir o tipo de comportamento do indivíduo. Através de actividades criativas como a Pintura, o Terapeuta Ocupacional pretende que o indivíduo desenvolva o seu auto-conceito, que compreenda os seus sentimentos e emoções (conscientes ou não) e os exteriorize de forma não verbal, se descubra e posteriormente, desenvolva o seu potencial humano, experimentando novas formas de resolução dos problemas do dia-a-dia com competências de *coping* (competências adaptativas) para lidar com situações ansiogénicas e geradoras de *stress* e ansiedade, promovendo um desempenho ocupacional satisfatório no indivíduo e mudanças positivas no seu comportamento (Atkinson, 2000; Stein, 2002).

A Pintura como actividade criativa, exerce um papel activo e exorcizante na transmutação de emoções e sentimentos reprimidos, tais como a ansiedade, que descrevemos em seguida.

2. Ansiedade

2.1. Considerações gerais

Nas últimas cinco décadas houve um aumento dos estudos de ansiedade na clínica psiquiátrica e psicanalítica. Contudo, a existência de alguns problemas como a complexidade do fenómeno, a ambiguidade nas concepções teóricas, a falta de instrumentos de medida apropriados e os problemas éticos de pesquisa com indução de ansiedade em laboratório, ainda prejudicam um pouco esses estudos. Avanços nos conceitos sobre ansiedade como um constructo teórico, e a criação de um maior número de escalas para medir ansiedade, são factores que facilitaram as pesquisas sobre ansiedade nos últimos 50 anos.

Assim, podemos referir que a ansiedade tem sido um tema muito estudado a nível da intervenção psicoterapêutica, sendo essencial a construção de modelos de intervenção de maior sucesso no combate às perturbações de ansiedade, dado que têm vindo a aumentar em termos de prevalência nos últimos tempos e a ter um impacto individual e na sociedade cada vez mais significativo (Andrews, 2003).

Autores como Kaplan & Sadock (1990) definem a era moderna como a da ansiedade, associando este facto à agitada dinâmica existencial da modernidade, sociedade industrial, de grande competitividade, e consumismo desenfreado.

A simples participação do indivíduo na sociedade contemporânea, já preenche por si só, um requisito suficiente para o surgimento da ansiedade. Viver ansiosamente passou a ser considerado uma condição do homem moderno ou um destino comum ao qual todos estamos de alguma maneira obrigados.

Actualmente a ansiedade é um dos grandes problemas de saúde mental mais comum nos Estados Unidos da América. Cerca de 15% da população americana é afectada por vários distúrbios de ansiedade (Bourne, 2005). De acordo com este autor, os distúrbios de ansiedade aumentaram de forma vertiginosa nos anos 90 e continuaram a aumentar a partir do trágico acontecimento do 11 de Setembro, o ataque às Torres do World Trade

Center, e com a crise da situação económica dos Estados Unidos da América.

A ansiedade prepara o indivíduo para lidar com situações potencialmente danosas, como punições ou privações, ou qualquer ameaça à unidade ou integridade pessoal, tanto física como moral. Desta forma, a ansiedade incentiva o organismo a tomar as medidas necessárias para impedir a concretização desses possíveis prejuízos, ou pelo menos diminuir as suas consequências (Andrews, 2003).

Portanto a ansiedade é uma reacção natural e necessária para a auto-preservação (Soares, 2000). Por ser vital ao homem e inerente à condição humana, a ansiedade não é um fenómeno patológico, desde que funcione para motivar e despertar o organismo, sendo necessário para colocá-lo em sobreaviso quando aparece algo ameaçador para a estabilidade emocional (Andrade & Gorestein, 1998). Avaliando uma situação como ameaçadora, o indivíduo experimentará uma súbita elevação do estado de ansiedade.

A duração e a intensidade deste estado vão depender do grau de ameaça que o indivíduo atribuirá à situação (Lipp, 2001). Segundo Ladeira-Fernandes e Cruz (2007) a ansiedade é o resultado de uma actividade de um sistema saudável denominado medo. Este sistema é responsável pelo processamento de estímulos de perigo presentes no mundo externo. Certo grau de ansiedade é essencial para a sobrevivência humana, todavia se esta se apresentar de uma maneira constantemente exacerbada, o desempenho do indivíduo será prejudicado frente às várias situações que ele terá que enfrentar.

A conceptualização e estudo da ansiedade tanto na literatura psiquiátrica como psicológica eram praticamente inexistentes antes do séc. XIX (Silverman & Treffers, 2001, cit. in Silva, 2002). A partir do séc. XX, devido às demandas de uma sociedade cada vez mais exigente e problemática, e a um papel do indivíduo cada vez mais activo, nessa sociedade, assistimos a um interesse no estudo da ansiedade. Nos anos 60 emerge a investigação em áreas como a psicofarmacologia, neurobiologia e ciências do comportamento, ressurgindo o interesse pelo estudo e compreensão da ansiedade e perturbações ansiosas.

Actualmente, embora os factores apontados como clássicos (temperamento, hereditariedade) continuem a ser tidos em conta na etiologia da ansiedade, têm vindo a surgir novos conceitos como por exemplo cognições e emoções (Silverman & Treffers, 2001, cit. in Silva, 2002). Não existe uma definição de ansiedade genericamente aceite. No entanto, o termo ansiedade provem do grego *Anshein* que significa oprimir, sufocar (Baptista, 2000). Angústia ou ansiedade são termos relacionados que exprimem uma experiência subjectiva e encontram-se associados a manifestações de sintomas corporais (Baptista, 2000).

De acordo com Spielberger (1985), a ansiedade, como um processo, refere-se a uma complexa sequência de eventos cognitivos e afectivos e comportamentais que são despertados por qualquer estímulo que provoque *stress*. O indivíduo percebe e interpreta a situação causada por este mesmo estímulo de acordo com experiências já vividas. Podemos ainda definir ansiedade como um sentimento de apreensão, tensão ou desconforto que emerge de uma antecipação de uma situação de perigo, podendo esta situação ser tanto interna como externa (DSM-IV-TR, APA, 2000).

O termo ansiedade é utilizado para descrever no mínimo dois constructos diferentes. Empiricamente o termo pode ser utilizado para descrever um estado ou condição emocional de desprazer e/ou para descrever diferenças individuais relativamente, estáveis como traços na personalidade.

O conceito de estado e traço de ansiedade foi primeiramente introduzido por Cattell (1966) e elaborado por Spilberger (1972). De forma geral, estados da personalidade correspondem aos momentos da vida do indivíduo (Thorne 1966) e às suas reacções emocionais (Spilberger. 1972). O estado emocional existe em um dado momento e com um nível particular de intensidade. Estados de ansiedade são caracterizados como sentimentos de tensão subjectiva, apreensão, nervosismo e aborrecimento e ainda pela activação autónoma do sistema nervoso.

Em contraste com a natureza transitória dos estados emocionais, traços da personalidade são definidos como diferenças relativamente duradouras entre pessoas com tendências específicas de agir e reagir, com

preditiva regularidade. Traços de personalidade têm a característica de uma classe de constructos que Atkinson (1964) denomina “motivos” ou disposições adquiridas na infância e permanecem latentes até serem activadas por uma situação. Campbell (1963) trata esses traços como “posições comportamentais adquiridas”, ou seja, conceitos adquiridos que envolvem resíduos de experiências passadas e levam o indivíduo a manifestar consistência em suas respostas no meio em que vive. O traço de ansiedade refere-se às diferenças relativamente estáveis entre pessoas nas suas tendências em classificar uma situação de *stress* como perigo ou ameaça e a responder a tais situações, apresentando níveis elevados nos estados momentâneos de ansiedade.

Resumindo, a ansiedade é diferenciada em dois conceitos: “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço”. Quando ocorre de modo habitual e consistente designa-se por “ansiedade traço” mas quando ocorre episódica ou situacionalmente designa-se por “ansiedade estado” (Spielberger, 1985).

Se a circunstância for percebida como não ameaça, o indivíduo reage com uma ansiedade-estado baixa. Porém se a circunstância for percebida como ameaçadora, sem objecto de perigo, ou seja, simbólica, inespecífica e antecipada, o indivíduo responde com alta ansiedade-estado. Nesse caso, o indivíduo irá vivenciar imediato aumento na intensidade de um estado emocional caracterizado por tensão, agitação de respostas fisiológicas caracterizadas por respostas do sistema nervoso autónomo. Estas respostas denominadas *stress*, incluem alterações no batimento cardíaco, na respiração e na pressão arterial, inquietação, tremores e aumento da sudorese (Lewis, 1993).

A intensidade e duração destes indicadores fisiológicos da ansiedade são determinadas pela maneira como a situação foi percebida, pela persistência da interpretação individual da situação como ameaçadora, e por respostas às situações advindas do auto-conhecimento que permite a convivência com o *stress*. Mas quando ocorre a negação da existência de ansiedade, esta é uma negação da nossa natureza e torna-se numa ansiedade neurótica. Esta negação também pode provocar alterações de

sinais fisiológicos assim como o aumento do ritmo cardíaco e da tensão arterial (Koestenbaum, 1978).

Quando as situações se repetem frequentemente, o indivíduo desenvolve mecanismos de defesa psicológicos e processos de ajustamento orgânicos para minimizar este processo.

Entretanto a ansiedade pode converter-se num fenómeno desregulado em si mesmo, quando não consegue cumprir a sua função de alarme psicobiológico adaptativo. Nesses casos a ansiedade pode tornar-se uma anomalia que ultrapassa a capacidade adaptativa do próprio indivíduo, tornando-o um estado crónico, um gerador de doença. Portanto a ansiedade é um estado emocional complexo que surge quando o ser humano se vê ameaçado na sua integridade, seja física ou psíquica.

2.2. Etiologia da Ansiedade

A etiologia da ansiedade é multifactorial, envolvendo aspectos biológicos e psicossociais. Em relação aos factores biológicos, encontramos vários neurotransmissores que exercem um papel fundamental no controle da ansiedade, sendo a serotonina e o ácido gamaaminobutírico (GABA) considerados os mais importantes. A serotonina e o GABA são neurotransmissores inibitórios que controlam a resposta de *stress*. Assim, ocorrendo uma alteração desses neurotransmissores no Sistema Nervoso, Autónomo, poderá haver implicações no estado de ansiedade (Graeff et al., 1996). O termo Sistema Nervoso Autónomo (SNA), foi proposto pela primeira vez em 1898 por Langley e Dickinson para descrever o facto de o sistema nervoso autónomo se “autogovernar” ou ser independente do controle consciente. Essa autonomia é importante na manutenção das funções fisiológicas vitais, como a regulação da temperatura, da pressão sanguínea e do equilíbrio hidrico (Cohen, 2001). Os sistemas nervosos simpático e parassimpático são activos sob diferentes condições. Algumas generalidades são úteis para a compreensão das funções fisiológicas das duas divisões do sistema nervoso autónomo.

Por exemplo, o sistema nervoso simpático aumenta a utilização dos recursos energéticos do organismo e é mais activo durante o *stress*/ansiedade ou o exercício. Prepara-nos para a situação de “*fight ou flight*” (lutar ou fugir), aumentando o uso da energia em órgãos como o coração, o qual, utiliza a energia para bombear mais sangue para o corpo. Em contraste, o sistema nervoso parassimpático promove a restauração das reservas de energia do organismo aumentando a digestão e a absorção.

Muitas das respostas fisiológicas à activação do sistema nervoso simpático e parassimpático podem ser previstas. Por exemplo, quando o indivíduo se encontra numa situação de “luta ou fuja”, a íris dilata-se para permitir uma maior entrada de luz para a retina e o coração bate mais rapidamente (taquicardia) ou mais vigorosamente (contractilidade aumentada).

Durante o *stress*/ansiedade, o fluxo sanguíneo aos músculos esqueléticos aumenta para melhorar a capacidade de luta ou de fuga, enquanto é desviado dos órgãos não-essenciais na fuga ou na defesa, como o intestino delgado ou estômago aumentando a actividade das glândulas sudoríparas, havendo um aumento da produção de suor e de EDA (Cohen, 2001).

Em relação aos factores psicossociais, são muitas as situações quotidianas que envolvem perigo ou ameaça. Nessas situações, um estado de alerta é essencial para a auto-defesa do indivíduo. No entanto, pessoas que apresentam um estado ansioso, tendem a sobrestimar a situação de perigo. A forma como as situações são interpretadas pelo indivíduo tem um valor potencial para o surgimento de um quadro de Transtorno de Ansiedade (National Institute of Mental Health, 1998). A ansiedade é uma resposta essencial à sobrevivência humana, tendo uma finalidade protectora. No entanto, em determinadas circunstâncias pode tornar-se altamente disfuncional.

Torna-se desta forma importante distinguir ansiedade “normal” de ansiedade “patológica”. A ansiedade normal está articulada com uma situação de perigo real e orientada para a luta pela sobrevivência. A ansiedade patológica está associada a um estado emocional profundamente desagradável e interfere com o ajustamento do indivíduo a diversos níveis.

As reacções de ansiedade normais não precisam ser tratadas, por serem naturais e auto-limitadas. No entanto os estados de ansiedade anormais, que constituem síndromes de ansiedade são patológicos e requerem tratamento específico.

A ansiedade patológica pode traduzir-se em diferentes transtornos de ansiedade, como a Agorafobia, Ataque de Pânico, Transtorno de Pânico Sem Agorafobia, Transtorno de Pânico Com Agorafobia, Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Stress Pós-Traumático, Transtorno de Stress Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância e Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação (DSM IV- TR, 2000).

2.3. Componentes da ansiedade

Relativamente às componentes da ansiedade, é de referir a componente cognitiva, a componente fisiológica e a componente comportamental (Vaz Serra, 1989).

A *componente cognitiva* refere-se à natureza subjectiva relacionada com os pensamentos e sentimentos que acompanham a ansiedade (angústia, impaciência, irritabilidade, entre outros); a *componente fisiológica* decorre da activação do sistema nervoso simpático e parassimpático, estando relacionada com manifestações vegetativas desencadeadas pelo estado ansioso. Organicamente, a ansiedade é expressa por sensações de mal-estar psíquico, traduzido por perturbações somáticas como as cárdiorespiratórias, opressão e sensações de “nós no estômago e garganta”, estado geral de hipercontração muscular, aumento da tensão arterial, entre outros.

A *componente comportamental* refere-se ao comportamento adoptado pelo indivíduo (fuga, imobilidade, maneirismos compulsivos). Perante a ansiedade há uma sensação de impotência e de ineficácia face ao problema que se apresenta, e a tensão vai aumentando pelo impacto do estímulo. A

falta de êxito e a manutenção do estímulo estão associados à elevação da tensão, e um novo fracasso elevará ainda mais a ansiedade (Vaz Serra, 1989).

De acordo com Beck (2005), a resposta do organismo a uma ameaça, pode ser caracterizada em três reacções tipo *major*: *Mobilização*, prepara o indivíduo para uma defesa activa, *Inibição* (uma expressão de reacção de congelamento), é designada por reduzir o “factor de risco”, e por ganhar tempo para determinar uma estratégia apropriada, *Demobilização* designa a reactivação do aparelho motor, e reflecte o sentido de incapacidade face a uma grande ameaça.

A Mobilização pode ser representada fisiologicamente através da activação dos sistemas do organismo que detêm o objectivo de acção. Este modelo pode observar-se nos seguintes diferentes sistemas:

- *Cognitivo*: o indivíduo está hiper-vigilante em relação a algo que lhe causa perigo. O limiar em relação a estímulos inesperados ou fortes e barulhentos é diminuto. O conteúdo da ideação relaciona-se com eventos perigosos do passado, presente e futuro e pode ter a forma de pensamentos automáticos repetitivos. O indivíduo possui frequentemente imagens visuais com conteúdo de adversidades pessoais e é provável que tenha pesadelos.

- *Afectivo*: os sintomas emocionais podem variar de tonturas a tensão e terror.

- *Comportamental*: há um aumento de actividade muscular mesmo quando o indivíduo está sentado. Isto pode ser manifestado por “caretas faciais”, por movimentos contínuos das mãos e do resto do corpo, tremores, e passadas para trás e para a frente.

- *Fisiológico*: o sistema orgânico demonstra um aumento da actividade simpática, como por exemplo aumento do ritmo cardíaco, pressão arterial e sudação.

A Inibição envolve uma interferência activa com as funções cognitivas normais e comportamentais:

- *Cognitiva*: ocorre um bloqueio selectivo de várias funções especialmente quando uma função está a ser avaliada ou desafiada. Pode

ocorrer interferência em recordar informações vitais (conteúdo do discurso, respostas a um teste, nomes das pessoas, números de telefone). Raciocínio, concentração, objectividade e perspectiva estão impedidos. O bloqueio e o impedimento podem variar no tempo. O “enevoamento da consciência”, “confusão mental”, e a sensação de “passar ao lado”, também podem ser atribuídos a inibição cognitiva.

- *Comportamental*: ocorre uma inibição dos movimentos espontâneos, especialmente dos músculos faciais, podendo aparentar uma rigidez. Ocorre uma rigidez muscular geral, de modo a que os movimentos se tornam bruscos e desajeitados, e actividades que requerem destreza são impedidas.

Na Demobilização, os sintomas de colapso acontecem frequentemente como uma reacção exagerada a sangue ou ferimentos, mas podem ocorrer como reacção a outros estímulos. Os principais sintomas são a fraqueza e o desmaio. Como principais sintomas parassimpáticos, temos o decréscimo da pressão arterial e ritmo cardíaco, culminando no desmaio. Os sintomas fisiológicos reflectem a preparação total do organismo para a auto-protecção.

A ramificação simpática do sistema nervoso autónomo facilita uma activa estratégia de *coping*. O aumento do ritmo cardíaco e da tensão arterial ajudam o indivíduo a defender-se activamente ou fugir. Em contrapartida os sintomas parassimpáticos facilitam a estratégia do colapso, reflectindo a noção de que o indivíduo é incapaz e não possui estratégias de *coping* para lidar com a ameaça. (Quadro A)

Quadro A: **Sintomas Fisiológicos da Ansiedade**

<u>Cardiovascular</u>	
Palpitações Aumento do ritmo cardíaco Aumento da pressão arterial	Desmaios (P) Diminuição da pressão arterial (P) Diminuição da pulsação (P)
<u>Respiração</u>	
Respiração rápida Dificuldade em respirar Falta de ar Pressão no peito Aumento da pressão arterial	Respiração fraca Alto na garganta Sensação de engasgar Espasmos brônquicos Diminuição da pulsação (P)
<u>Neuromuscular</u>	
Aumento dos reflexos Reacções de susto/ aterroradoras Tremores nos olhos Insónia Espasmos Tremores Rigidez	Irritabilidade Face tensa Instabilidade Fraqueza generalizada Pernas bamboleantes Movimentos desajeitados
<u>Gastrointestinal</u>	
Dor abdominal Perda de apetite Sensação de repugnância após comer Náusea (P)	Azia (P) Desconforto abdominal Vómitos (P)
<u>Tracto urinário</u>	
Pressão para urinar (P) Frequência para urinar (P)	
<u>Pele</u>	
Face ruborizada Face pálida Sudação localizada (palmas das mãos)	Sudação generalizada Suores frios e quentes Comichão

Fonte: Beck, A. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias-A Cognitive Perspective*, U.S.A: Basic Books
Nota: (P) representa os sintomas parassimpáticos

2.4. Componente psicofisiológica da ansiedade

Neste trabalho exploratório, vamos incidir o nosso estudo na componente psicofisiológica da ansiedade. Deste modo iremos efectuar durante a actividade de pintura, a análise da frequência cardíaca(FC) e actividade electrodérmica (EDA) dos indivíduos.

A Actividade electrodérmica (EDA), tem sido uma das respostas do Sistema Nervoso Autónomo mais usada na história da psicofisiologia. Pesquisas envolvendo a EDA, têm sido descritas em quase todos os jornais científicos, desde os da psicologia, psiquiatria e psicofisiologia (Andreassi, 2000). Este acontecimento deve-se ao facto de a medição de EDA ter sido aplicada na resposta de uma ampla variedade de questões, desde a pesquisa básica referente à avaliação da atenção, processamento de informação e emoções, até a sua aplicação em várias pesquisas clínicas. O aumento crescente ao recurso deste marcador psicofisiológico, justifica-se pela sua facilidade de medição e quantificação combinado com a sua sensibilidade para os estados e processos psicológicos (Andreassi, 2000).

Assim sendo, optamos pelo análise da EDA como um dos marcadores psicofisiológicos para a temática do nosso estudo. A escolha deste marcador psicofisiológico prende-se com o facto de verificarmos historicamente, que a divisão simpática do Sistema Nervoso Autónomo (SNA) é considerada possível mediadora da actividade electrodérmica (EDA). Tal deve-se ao facto do neurotransmissor envolvido na mediação da actividade das glândulas sudoríparas ser a acetilcolina, que é geralmente um neurotransmissor parassimpático, em vez da noradrenalina, que é um neurotransmissor associado à actividade da divisão simpática (Venables & Christie, 1980).

Porém, actualmente é aceite que a actividade das glândulas sudoríparas (das palmas das mãos e do pés) e, assim, a EDA, estão maioritariamente sob controlo de neurónios colinérgicos como noradrenérgicos da divisão simpática do SNA, cujo nível de actividade se encontra normalmente aumentada em situações de ansiedade (Guyton & Hall, 2000).

A taxa de secreção de suor pelas glândulas sudoríparas écrinas é controlada pelo sistema nervoso simpático. As glândulas sudoríparas écrinas são importantes no resfriamento evaporativo para a regulação da temperatura corporal. Uma característica notável do controlo autónomo da secreção das glândulas sudoríparas écrinas é que os nervos simpáticos pós-ganglionares libertam acetilcolina, a qual excita os receptores muscarínicos das glândulas sudoríparas, ocorrendo um aumento da produção de suor, e de EDA. As glândulas sudoríparas apócrinas, concentradas em áreas do corpo como as axilas, estão mais envolvidas nas secreções odoríferas do corpo que no controle da temperatura e não se encontram sob controle autónomo (Cohen, 2001).

Em relação ao sistema cardiovascular, podemos referir que este é essencial para a vida e tem sido um foco central na investigação psicofisiológica por várias razões. A primeira, devido aos seus parâmetros, ritmo cardíaco e a pressão arterial, serem prontamente observados e quantificados. Segundo, o sistema cardiovascular é um rico e complexo sistema psicofisiológico constituído por múltiplos sistemas regulatórios que estão submetidos ao control autónomo central e periférico e às influências de humor. Consequentemente é altamente sensível aos processos neurocomportamentais. A complexidade do sistema cardiovascular torna-o susceptível a uma variedade de transtornos, muitos deles devido ao impacto de factores psicológicos como a ansiedade, assumindo assim especial significância na medicina psicossomática (Cacioppo, 2003).

O sistema cardiovascular, está sob controlo das divisões simpática e parassimpática do SNA. Como resposta à estimulação do SNA, verificamos no coração, em relação ao nodo sinoatrial, um aumento da frequência cardíaca (taquicardia-SNS), e uma diminuição da frequência cardíaca (bradicardia-SNP), e no miocárdio um aumento da contratilidade (SNS).

Este sistema (SNA), é fundamental para a sobrevivência, não sendo surpreendente o facto de ser constituído por mecanismos centrais complexos, incluindo um sistema de reflexos de baixo nível assim como altos mecanismos neurocomportamentais, que são susceptíveis à realidade

situacional vivenciada pelo indivíduo reflectindo-se em alterações de sinais psicofisiológicos, tais como a frequência cardíaca (Cacioppo, 2003).

De acordo com Cohen (2001), a frequência cardíaca é aumentada pela estimulação simpática do marcapasso sinusal do átrio direito. O sistema nervoso simpático pode aumentar o débito cardíaco com o aumento da contractilidade cardíaca. Os receptores adrenérgicos do coração que medeiam os efeitos do sistema nervoso simpático são receptores beta-adrenérgicos. O nervo vago fornece a inervação parassimpática ao nodo sinoatrial e, durante a estimulação, reduz a frequência cardíaca.

Fowles (1988), argumentou convincentemente que a frequência cardíaca é influenciada primariamente pela activação de um comportamento neuropsicológico, sistema que está envolvido na resposta durante a busca de uma recompensa, condicionado a estímulos referentes a recompensa, e durante a actividade de rejeição. Por outro lado, a EDA é influenciada primariamente pela activação da inibição de um comportamento neuropsicológico, que está envolvido na resposta à punição, evitamento passivo, ou a uma recompensa não gratificante (Fowles, 1988).

Este último marcador psicofisiológico é visto como um sistema de ansiedade. Se um investigador se encontra a estudar a reacção de indivíduos a uma situação ou a estímulos que desencadeiam ansiedade, mas no contexto de que nenhuma resposta de evitamento possa ser realizada, a actividade electrodérmica será o sistema psicofisiológico que obterá mais respostas (Guyton & Hall, 2000). Daí a sua escolha para a avaliação da ocorrência de redução de manifestações de ansiedade nos indivíduos alvo do nosso estudo.

3.Pintura e Ansiedade

Ao propormo-nos a efectuar um estudo exploratório e pré-experimental sobre as propriedades psicofisiológicas da pintura como actividade criativa e remediativa das manifestações de ansiedade, pretendemos que a Pintura se torne no veículo de transformação e exposição dos conflitos internos desencadeadores de ansiedade.

Assistimos ao recurso à Pintura como actividade criativa e terapêutica em situações de manifestas alterações psicológicas e patologia mental. A prevenção e tratamento do sofrimento psíquico são os objectivos fundamentais desta actividade de Arte-Terapia, possibilitando a promoção da saúde mental, porque parte da investigação do simbolismo individual sem perder a dimensão social e imaginária que a arte conota através de sinais e de sintomas culturais que relacionam o indivíduo à colectividade (Fichtener,1997). Assim, é no ambiente seguro da relação terapêutica que se procura alcançar equilíbrio emocional para uma melhoria da qualidade de vida (Mcniff,1992).

As terapias criativas, tais como a Pintura, permitem a facilitação da comunicação e do relacionamento intra e inter-pessoal através da expressão artística. A Pintura será a ponte de ligação entre o mundo interno e o mundo externo, vivenciado pelo indivíduo e causador de ansiedade. Uma junção dos processos consciente e inconsciente ocorre durante a realização destas actividades. As imagens criadas na actividade de Pintura, serão entendidas dentro desse contexto, que junto com o processo vivenciado pelo indivíduo durante a criação, irão auxiliá-lo a explorar, descobrir e entender as suas ideias e sentimentos e a reconciliar os seus conflitos emocionais, reduzindo ansiedades. A pintura integra uma complexidade de actividades corporais e processos mentais (Read, 1982).

Criar, fazer arte, Pintar, proporciona ao indivíduo um olhar para trás, um olhar interior, identificando as suas forças e fraquezas através da criação visível das decepções do seu estado mental. Examinando as imagens e formas perceptíveis representativas do *self*, permite ao indivíduo tomar a plena consciência dos factores que contribuem para o seu desenvolvimento pessoal e quais as mudanças que terá que realizar na sua vida.

A auto-realização e divulgação inerente ao processo de criar Arte, e nomeadamente a Pintura, parecem ser muito úteis para pessoas com transtornos de ansiedade. A Arte-terapia sob a forma do seu mediador artístico Pintura, é adequada para pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade, por diversas razões.

Em primeiro lugar, expressar-se através da criação de forma, cor e design é muitas vezes mais benéfico do que apenas confiar nas palavras de auto-expressão e de comunicação. Como Liebmann (1990, p.13) afirmou: "Uma imagem é muitas vezes uma descrição mais precisa dos sentimentos do que palavras, e pode ser usada para descrever as experiências que são "difíceis de colocar em palavras". Às vezes, pode ser uma boa maneira de cortar através da verbosidade emaranhada". Muitos indivíduos sentem que partilhar as pinturas com o terapeuta é muito menos intimidador do que contar as suas histórias em voz alta. Mesmo aqueles que sofrem de distúrbios relacionados com a ansiedade, podem sentir-se nervosos e pressionados durante as sessões. Para os indivíduos que sofrem de ansiedade, serem solicitados para partilharem de uma forma verbal as suas preocupações e origem das suas ansiedades, pode causar *stress* adicional.

Em segundo lugar, devido à natureza ambígua da ansiedade, através de actividades criativas como a pintura, o tratamento consiste em identificar a causa da preocupação expondo os indivíduos a esse estímulo (American Psychiatric Association, 2005). Os indivíduos diagnosticados com transtorno de ansiedade generalizada, por exemplo, são consumidos com excessiva preocupação sobre as circunstâncias da vida em geral. Como a origem da ansiedade não pode ser identificada, o tratamento incluiu o desenvolvimento de mecanismos de *coping*, como a terapia cognitiva-comportamental e técnicas de relaxamento (Bellenir, 2000). Para outros transtornos de ansiedade, no entanto, a identificação e exposição (através de actividades como a pintura) são técnicas úteis, sendo que ambas podem ser facilitadas através da criação de representações visuais de estímulos de ansiedade.

Desta forma, a Pintura permite aos indivíduos a oportunidade de tornar visível o invisível. Explorar a natureza da nossa ansiedade também pode ajudar os indivíduos a identificar as causas da sua tensão e preocupação.

Landgarten (1981,p.137) explicou, "esta modalidade proporciona uma declaração de concreto que é útil ao apontar de outras áreas para a exploração útil ". De um modo geral, fazer arte, pintar, permite ao indivíduo experimentar algumas formas de contenção e identificação em relação às suas preocupações excessivas, identificando os seus pontos fortes e fraquezas, através da expressão criativa, de forma a desenvolver lembranças tangíveis das suas estratégias de *coping*.

De acordo com Landgarten (1991), o recurso à Pintura como terapia criativa, facilitadora da redução dos sinais fisiológicos causadores da ansiedade, assume um movimento designado de Filosofia Clínica, sendo direccionado ao sofrimento psicofisiológico, reconhecendo que este sofrimento está relacionado com a ansiedade ontológica, e que o nosso sofrimento mais básico é uma " insegurança ontológica". Este é o sofrimento onde o indivíduo manifesta a ausência do reconhecimento do *self*, na permanência das coisas ou na substancialidade dos outros e dos processos naturais. O processo de luta que ocorre nos indivíduos à medida que estes emergem para o consciente mar universal, produz uma experiência de ansiedade existencial (Koestenbaum, 1978). Tendo em conta estes factores, verificamos que o poder da Pintura como actividade criativa de Arte-Terapia para indivíduos com sintomas de ansiedade, reside no facto de todo o processo criativo permitir ao indivíduo realizar tanto a auto-expressão como a exploração pessoal (Liebmann, 1990).

O recurso à Pintura, implica que o processo criativo pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a auto percepção e o desenvolvimento pessoal (Garcia, 2004). Este processo permite a expressão emocional criativa através de metáforas verbais e não verbais, num ambiente seguro e protector bem como o desenvolvimento da capacidade de pensar e criar. De acordo com Mcniff (1992), esta experiência tem um papel importante na mobilização das ansiedades reprimidas facilitando uma vida psicológica mais livre. Imagens de transformação e de mudança, representadas nas criações artísticas pictóricas, dão expressão à função reparadora no decurso do processo terapêutico, sendo a abordagem pela Pintura designada de Arte-Terapia Integrativa em que é facilitada a

intensificação da expressão emocional e ansiedades. Uma mistura do processo consciente e inconsciente ocorre durante este processo. As imagens criadas serão entendidas dentro deste contexto, que junto com o processo vivenciado pelo indivíduo durante a sua criação, irão auxiliá-lo a explorar, descobrir e entender as suas ideias e sentimentos, a reconciliar os seus conflitos emocionais, a aumentar a auto-estima e o auto-conhecimento, a resolver problemas, a reduzir ansiedades e a melhorar a sua qualidade de vida (Fichtner, 1997).

Ao longo das últimas duas décadas, Arte-Terapia baseada nas actividades criativas de Pintura tem sido implementada em muitas instituições de reabilitação médica. Estudos como o de Bar-Sela (2007), referem a realização de tratamentos terapêuticos através de sessões de Pintura a pacientes de ambulatório, ou seja, uma terapia pela pintura. Os participantes interviram em pelo menos quatro sessões de pintura individual. O programa de Arte-Terapia desenvolvido foi baseado numa abordagem antropológica. O terapeuta apoiava cada indivíduo sobre a escolha das cores, os objectos a serem pintados e a técnica de pintura a utilizar.

Outros estudos como de Oester (2006) descrevem a realização de um programa de Arte-Terapia com a duração de cinco sessões individuais. Os objectivos individuais da terapia pela pintura foram a reflexão e expressão de pensamentos, sentimentos e experiências, redução do *stress* e ansiedade e a criação de estratégias de *coping*. Em ambos os estudos verificou-se que os participantes experimentaram melhorias na sua saúde mental, e nomeadamente da ansiedade.

Em resumo, as intervenções de Arte-Terapia pela Pintura diferem nas suas abordagens (antropológica, arte-pedagógica e apenas baseada na arte) e nos seus métodos e materiais aplicados, bem como no contexto em que elas ocorrem (Bar-Sela, 2007). Apesar dos diversos meios e circunstâncias em que é aplicada, depreendemos que detém características únicas e por si só capazes de alterar e reduzir a ansiedade em indivíduos. Perante este facto, e devido à escassez de estudos que vão de encontro à nossa problemática, propomo-nos a efectuar o estudo empírico que se apresenta no capítulo seguinte.

Capitulo II
Estudo Empírico

Descrevemos neste capítulo a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para em seguida procedermos à análise e interpretação dos resultados obtidos.

1. Metodologia

Como referimos no capítulo anterior, o recurso a actividades criativas, como a Pintura, parecem provocar efeitos positivos nos indivíduos elevando a sua auto-estima e auto-conhecimento, levando-os a resolver problemas e a reduzir ansiedades, melhorando a sua qualidade de vida (Fichtner, 1997), deste modo é objectivo deste estudo pré-experimental efectuar uma análise das propriedades psicofisiológicas da Pintura como actividade criativa remediativa das manifestações de ansiedade em adultos sem diagnóstico de perturbação ansiosa.

A atenção dispensada para a compreensão desta relação tornou-se quase imperativa, não só pela escassez de estudos realizados nesta área e pelo desejo de reforçar o corpo de investigações ligadas ao recurso a esta técnica terapêutica em Terapia Ocupacional, mas também pela motivação e interesse que este tema suscitou.

Em função do objectivo enunciado, formulamos a hipótese que “ a pintura, enquanto técnica criativa, diminui o traço das manifestações ansiosas em indivíduos normais, com níveis de ansiedade elevados.

Para verificar a nossa hipótese, implementamos um estudo de natureza pré-experimental pelo facto deste constituir uma variação dos estudos verdadeiramente experimentais em que o controlo é maior. Apesar da variável independente ser controlada, assim como muitos outros aspectos da investigação, os participantes não foram distribuídos de modo aleatório pelos grupos (Ribeiro, 1999). Ou seja, no nosso estudo não existiu um grupo de controlo, e nem a amostra foi gerada de forma aleatória mas de uma forma intencional.

Deste modo, definimos como variável independente do nosso estudo a Pintura, enquanto técnica terapêutica, e como variáveis independentes as manifestações psicofisiológicas da ansiedade, mais especificamente a

actividade electrodérmica (EDA) e a frequência cardíaca (FC), e o inventário para Avaliação do Estado-Traço da Ansiedade (STAY-Y).

Descrevemos seguidamente os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico, para em seguida caracterizarmos a amostra da população recolhida.

1.1. Instrumentos

Na recolha da informação empírica recorreremos a uma metodologia quantitativa. Como estratégia de recolha de dados optamos pela aplicação de dois instrumentos de análise.

No sentido de identificarmos e comparamos os níveis de manifestações ansiosas na amostra que participou no estudo, antes e depois da intervenção administramos o inventário para Avaliação do Estado-Traço da Ansiedade (STAY-Y), desenvolvido por *Spielberger* e colaboradores (1983), traduzido por T.McIntyre & S. McIntyre (1995), por ser completo e ter grande aceitação, além de ser um instrumento versátil e útil para a aferição de traço e estado de ansiedade. Encontra-se normalizado tanto para estudo clínico, como para uso com adolescentes (estudantes) e adultos activos (*Spielberger, & Jacobs 1983*).

Segundo Fioravante, Santos, Maissonette e Ladeira-Fernandeze (2006) o STAY-Y, constitui um dos inventários mais utilizados de avaliação de ansiedade. Ainda segundo os mesmos autores o instrumento apresenta níveis elevados de consistência interna em ambas as escalas (estado Alpha de 0,89 e traço Alpha de 0,88): Assim sendo, recorreremos ao STAY-Y por ser o instrumento mais interessante e consensual na literatura para avaliar a ansiedade e estar adaptado para Portugal. No processo de adaptação para Portugal, deste instrumento, foi retirado um item (21) da escala do traço de ansiedade. Assim os valores da sub-escala do estado de ansiedade podem variar entre um mínimo de 20 e um máximo de 80.

Este inventário é constituído por 40 itens, em que os primeiros 20 itens correspondem à avaliação do estado de ansiedade (escala estado) e os últimos 20 ao traço de ansiedade (escala traço). De acordo com este

inventário, a escala estado requer que o participante descreva como se sente “*neste momento*” em relação a 20 itens apresentados numa escala de *Likert* de 4 pontos: 1- de modo nenhum; 2- um pouco; 3- mais ou menos, 4-muito.

De maneira semelhante, a escala traço também é composta de 20 itens, mas o participante recebe a instrução de que deve responder como geralmente se sente, isto é, “*a maior parte do tempo*,” de acordo com uma nova escala *Likert* de 4 pontos: 1- quase nunca; 2- às vezes; 3- frequentemente; 4- quase sempre. Os 20 itens destinados a medir estado ansiedade e os 20 destinados a medir traço de ansiedade, mostraram-se suficientemente independentes e diferentes em conotação para serem avaliados como medidores de um único tipo de ansiedade.

A escala estado de ansiedade tem sido um bom indicador de mudanças na ansiedade transitória experimentada por pacientes em psicoterapias, assim como tem sido muito usada para avaliar o nível de “estados de ansiedade” induzido por situações de vida real stressantes como cirurgias, tratamentos dentários, entrevista de emprego, testes escolares.

A escala traço de ansiedade tem sido muito usado para avaliar ansiedade clínica em pacientes psicossomáticos e psiquiátricos assim como para demonstrar problemas de ansiedade em adolescentes, alunos do ensino fundamental, militares etc., e avaliar a necessidade a curto ou longo prazo de tratamento especializado. A escala traço de ansiedade tem sido utilizada em pesquisas clínicas, para identificar indivíduos com alto nível de ansiedade neurótica e para seleccionar sujeitos para tratamentos psicológicos que tenham em consideração diferenças nos níveis de motivação (Keedwell & Snaith, 1996).

Assim, e de encontro ao objectivo do nosso estudo, apenas nos cingimos ao estudo da ansiedade traço. Esta escolha prende-se com a pesquisa que efectuamos em relação à ansiedade, em que constatamos que os estados de ansiedade são caracterizados como sentimentos de tensão subjectiva, apreensão, nervosismo e aborrecimento e ainda pela activação autónoma do sistema nervoso, enquanto que o traço de ansiedade refere-se às diferenças relativamente estáveis entre pessoas nas suas tendências em classificar uma situação de *stress* como perigo ou ameaça e a responder a

tais situações, apresentando níveis elevados nos estados momentâneos e ansiedade.

O segundo instrumento de análise correspondeu à recolha, através da unidade de aquisição de dados Biopac MP35, dos marcadores psicofisiológicos em estudo (frequência cardíaca e actividade electrodérmica da pele), seguida da análise dos resultados obtidos através do software Biopac Student Lab Pro (BSLp). Os valores médios da frequência cardíaca foram calculados automaticamente pelo software BSLp a partir dos intervalos R-R, enquanto que relativamente à actividade electrodérmica foi calculada a média da actividade tónica da pele, ou seja, do seu nível de condutância eléctrica.

1.2.Procedimentos

O presente estudo decorreu nos mês de Julho e início do mês de Agosto de 2010. As sessões de pintura foram efectuadas durante o período da manhã, com a periodicidade de 2 vezes por semana tendo cada sessão a duração de 45 min. Na realização deste estudo, os procedimentos foram organizados em três grandes domínios: operacionalização, recolha, tratamento e análise de dados.

Como local para a operacionalização do estudo proposto, optamos pela Escola Superior de Tecnologias de Saúde do Porto, pelo facto de ser a instituição de ensino superior que nos permitiu uma facilidade de acesso à amostragem.

Inicialmente solicitamos a autorização, por parte dos órgãos de gestão da Escola Superior de Tecnologias de Saúde do Porto (ESTSP), para a realização nas suas instalações do estudo proposto. Após o parecer positivo efectuamos a aplicação dos instrumentos de análise: inventário para avaliação do estado-traço da ansiedade (STAY-Y), Biopac MP35 e o software Biopac Student Lab Pro, para a recolha dos marcadores psicofisiológicos (EDA e FC).

Na operacionalização do nosso estudo, em relação ao inventário para avaliação do estado-traço da ansiedade (STAY-Y), aplicamos inicialmente,

para a recolha da nossa amostra, ambas as escalas (ansiedade-estado e ansiedade-traço). Para a selecção dos indivíduos pertencentes à nossa amostra, apenas nos cingimos aos resultados do STAY-Y referente à ansiedade-traço, seleccionando como critério de inclusão os indivíduos que obtiveram os valores mais altos desta escala.

Convém referir, que na aplicação dos instrumentos de análise, foi tida em consideração as condições físicas e ambientais em que o estudo decorreu, o estado físico e psicológico do indivíduo e a própria relação criada entre avaliador-avaliado, e entre o avaliado e a situação de teste (Almeida, 1997).

No que concerne às condições físicas e ambientais, nomeadamente do espaço físico onde se realizaram as sessões de pintura, este era caracterizado por possuir boa luminosidade e condições atmosféricas adequadas; ausência de ruído e interrupções, equipamento e mobiliário adequado ao estudo.

Em relação às condições do material escrito utilizado, podemos referir a boa qualidade de impressão, com instruções claras e precisas, do inventário para avaliação do estado-traço da ansiedade (STAY-Y).

No que se refere às condições dos indivíduos, enumeradas por Almeida (1997), estes foram esclarecidos, tendo o consentimento informado acerca do estudo pré-experimental em questão, e possuíam um bem-estar físico e psicológico.

De acordo com Ribeiro (1999), o consentimento informado deve ser devidamente documentado e recorrer a uma linguagem que seja entendida pelos participantes. Sendo assim, aos participantes deste estudo, foram fornecidas informações acerca da natureza da investigação, sendo eles livres de participar ou de declinar de participar ou abandonar a investigação; quais as consequências previsíveis de declinarem participar ou de abandonar a participação e os factores susceptíveis de influenciar a sua disponibilidade para participar.

Tendo em conta os pressupostos anteriormente referidos na operacionalização do estudo, aplicamos aos alunos dos vários anos do Curso

de Terapia Ocupacional da ESTSP, o inventário para avaliação do estado-traço da ansiedade (STAY-Y). Este funcionou como um pré-teste, cujo objectivo seria obter da população definida, 30 indivíduos que possuíssem manifestações de ansiedade traço elevadas para constituir a nossa amostra.

Os questionários (STAY-Y) foram distribuídos pelos diversos anos do Curso de Terapia Ocupacional, cada um com turmas de 50 alunos. Apenas foram preenchidos e recolhidos 74 questionários. De acordo com os critérios de inclusão anteriormente referidos, destes foram seleccionados 30 indivíduos para constituir a nossa amostra. Mas na prática, devido a vários factores externos ao estudo, tais como falta de disponibilidade e motivação para participar no mesmo, por parte dos alunos seleccionados, esta tarefa de obter 30 indivíduos não se concretizou. Assim, só conseguimos obter 7 indivíduos para constituir a nossa amostra. Após a obtenção da amostra, procedemos à recolha dos dados.

Iniciamos a intervenção com a actividade de Pintura, realizando dez sessões de pintura de 45 min, com a periodicidade de duas vezes por semana. Para a realização de cada sessão de Pintura, foi necessário o seguinte material: boiões de tintas de várias cores, pincéis, folhas de papel cavalinho A2 e frascos com água.

Para a recolha dos dados obtidos durante as sessões de Pintura, segundo Gary (2007), para efectuarmos a medição de marcadores psicofisiológicos devemos recolher os dados psicofisiológicos em pontos de referência específicos, durante o intervalo de tempo em que o indivíduo se encontra a realizar a actividade. A recolha dos dados obtidos, serão mais fidedignos e alvo de menor erro se o investigador os recolher em diversos momentos durante a qual a actividade se realiza.

Tendo em conta este pressuposto, durante a realização das sessões de pintura efectuamos a recolha dos marcadores psicofisiológicos em quatro momentos.

No primeiro momento, 2 min antes do início da sessão de pintura (T0), o que corresponde ao estado de repouso do indivíduo (situação basal), segundo momento entre os 0-5 min do início da sessão (T1), terceiro

momento entre os 20-25 min (T2) e por fim nos últimos 5 min da sessão de pintura, ou seja, dos 40-45 min (T3).

As sessões de Pintura realizadas, obedeceram a um determinado protocolo. Antes da realização da sessão de pintura e da monitorização e recolha dos marcadores psicofisiológicos, foram recolhidos estes parâmetros, durante 2 minutos, do indivíduo em estado de repouso, o que correspondeu aos dados da frequência basal.

Na recolha de dados através do Biopac MP35 realizamos os seguintes procedimentos:

-Para a avaliação da frequência cardíaca (FC), através do electrocardiograma, foram colocados eléctrodos no tronco, com a configuração correspondente à derivação DII, de forma a minimizar o ruído electromiográfico provocado pelos movimentos produzidos durante a actividade de pintura.

-Para avaliação da actividade electrodérmica (EDA) e suas respostas, foram utilizados eléctrodos Biopac SS3LA com gel isotónico Biopac GEL101, um no dedo indicador e outro no médio da mão não dominante, de forma a não limitar a realização de movimentos durante a actividade de pintura.

Após a recolha destes dados aplicamos novamente o inventário para avaliação do traço da ansiedade (STAY-Y), para aferir se se registaram alterações nas manifestações ansiosas dos indivíduos alvos de estudo. Nesta fase o STAY-Y funcionou como um pós-teste. Assim sendo, o STAY-Y foi aplicado antes da realização das sessões de Pintura e após a realização da última sessão, sendo depois avaliado o *score*.

Os dados recolhidos através dos dois instrumentos, anteriormente referidos, foram analisados estatisticamente com os testes não paramétricos para amostras emparelhadas Friedman, no caso da análise dos valores de FC e da EDA ao longo e entre sessões de pintura. Utilizamos o coeficiente de Pearson para a análise da média de EDA e FC nas três sessões, na análise da correlação existente entre os valores médios de EDA e de FC de cada sessão, assim como na correlação existente entre os valores médios de EDA

e de FC obtidos na sessão 1 e sessão 10, com os valores de STAY-Y antes e depois das sessões de pintura.

Por outro lado, recorreremos ao teste de Wilcoxon para análise do STAY-Y, antes e depois das sessões. A escolha de testes não paramétricos baseou-se no facto de termos neste estudo um $n < 30$, ou seja, $n=7$. Para ambos os testes adoptamos um nível de significância de 95% ($p < 0,05$), usando o usando o software SPSS Statistics, versão 17.0.

1.3. Caracterização da Amostra

Na realização deste estudo, a população a partir da qual se pretendeu seleccionar os indivíduos constituintes da amostra, foi a referente aos alunos universitários do 3º ano do Curso de Terapia Ocupacional, leccionado na Escola Superior de Tecnologias da Saúde (ESTSP) que apresentavam possuir manifestações de ansiedade traço elevadas. Desta população obtivemos 7 participantes. Dos quais 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e 23 anos.

Para a selecção da nossa amostra, estabeleceram-se como critérios de inclusão todos os indivíduos que possuíssem níveis de traço de ansiedade elevados, dado obtido através da aplicação da escala de traço do STAY-Y, que gostassem de pintar e tivessem disponibilidade e motivação para participar no estudo.

Como critérios de exclusão, indivíduos que manifestassem a presença de doenças neurológicas/ físicas, diagnóstico de perturbação ansiosa e que não gostassem de pintar. Adoptamos estes critérios, pelo facto de o estudo em questão incluir a monitorização de sinais psicofisiológicos através do Biopac MP35 cujos valores poderiam estar alterados neste tipo de indivíduos.

A nossa amostra foi obtida através de uma técnica de amostragem intencional. De acordo com Vilelas (2009), numa amostra intencional as unidades de análise não são escolhidas de um modo totalmente arbitrário, sendo designadas algumas características para cada unidade, que o investigador considere relevantes.

2.Resultados

Apresentamos os resultados de EDA e de FC ao longo de cada sessão (T0, T1, T2, T3), assim como a comparação destes parâmetros entre sessões diferentes (S1, S5, S10).

2.1. Actividade electrodérmica da pele (EDA)

Dos dados recolhidos, e através da aplicação do teste não paramétrico de Friedman e tendo como referência estatística a mediana, no que respeita à variação da EDA ao longo das sessões (S1, S5 e S10), incluindo o momento de repouso (T0), não foram detectadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Também a comparação da EDA de cada momento (T0, T1, T2 e T3) nas três sessões em que foi medida (S1, S5 e S10), não permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas entre sessões ($p > 0,05$).

Os resultados descritos encontram-se resumidos na tabela 1, que se apresenta em seguida.

Tabela 1: Relação dos valores de mediana e desvio interquartis de EDA em $\mu\text{siemens}(\mu\text{S})$ ao longo de cada sessão e entre sessões. Teste não paramétrico de Friedman, $p < 0,05$.

EDA	T0 (μS)	T1 (μS)	T2 (μS)	T3 (μS)	Valor p
Sessão 1	6,27 (\pm 2,75)	5,52 (\pm 2,93)	6,51 (\pm 2,08)	6,32 (\pm 1,03)	0,456
Sessão 5	5,10 (\pm 4,04)	5,08 (\pm 4,11)	5,35 (\pm 2.34)	6,12 (\pm 1.79)	0,262
Sessão 10	6,66 (\pm 3,60)	7,33 (\pm 4,03)	7,45 (\pm 4,11)	7,37 (\pm 2,71)	0,161
Valor p	0,620	0,486	0,192	0,423	

2.2.Frequência cardíaca (FC)

Através da análise dos dados obtidos, com a aplicação do teste de Friedman e tendo como referência estatística a mediana, no que se refere à variação da FC ao longo das sessões (S1, S5, S10), incluindo o momento de repouso (T0), não foram detectadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Em relação a comparação da FC de cada momento (T0, T1, T2 e T3) nas três sessões em que foi medida (S1, S5 e S10), verificamos diferenças significativas nas S1 e S5, $p < 0,05$, mas não na S10.

Estes resultados encontram-se resumidos na tabela 2, que se apresenta em seguida.

Tabela 2 Relação dos valores de mediana e desvio interquartis de Frequência Cardíaca em batimentos/minuto (bpm), ao longo de cada sessão e entre sessões. Teste não paramétrico de Friedman, $p < 0,05$

FC	T0 (bpm)	T1 (bpm)	T2 (bpm)	T3 (bpm)	Valor p
Sessão 1	86 (\pm 6,5)	85 (\pm 10,5)	88 (\pm 9,5)	91 (\pm 6,5)	0,021
Sessão 5	83 (\pm 5)	86 (\pm 4)	88 (\pm 9)	82 (\pm 1,5)	<0,001
Sessão 10	82 (\pm 9,5)	94 (\pm 7)	91 (\pm 8)	89 (\pm 11,5)	0,084
Valor p	0,620	0,222	0,358	0,192	

Após a constatação da ocorrência de diferenças significativas nas S1 e S5, e através da utilização do teste de Wilcoxon, efectuamos uma análise estatística da relação entre os diversos momentos da primeira sessão de pintura (S1) e da quinta sessão (S5), que expomos a seguir.

Na primeira sessão de pintura (S1), assistimos a uma variação da FC nos intervalos de T0-T1, T0-T2, T0-T3, ocorrendo diferenças significativas, ($p < 0,05$). Este acontecimento permite-nos verificar a ocorrência de alterações nos valores de FC registados entre os primeiros 2 min antes da realização da actividade de pintura (T0= 0-2min), e que correspondem ao registo do estado de repouso dos indivíduos, e os primeiros 5 min após o início da sessão (T1). Assim como, entre os primeiros 2 min e o intervalo referente à medição dos

20-25 min (T2), o mesmo se verificando no intervalo correspondente ao término da sessão de pintura, 40-45 min (T3). Podemos referir que houve um aumento significativo da FC durante a sessão pintura relativamente ao valor de repouso, sem início da actividade.

Estes resultados encontram-se resumidos na tabela 3, que se apresentam em seguida.

Tabela 3 *Análise de FC nos intervalos tempo da S1. Teste de Wilcoxon, $p < 0,05$*

S1-FC	Valor p
T0-T1	0,047
T0-T2	0,031
T0-T3	0,016
T1-T2	0,750
T1-T3	0,781
T2-T3	0,891

Em relação à quinta sessão de pintura (S5), verificamos uma variação da FC nos intervalos de T0-T1, T0-T2, T1-T2, sendo detectadas diferenças significativas, ($p < 0,05$). Podemos afirmar a existência de alterações nos valores de FC registados entre os primeiros 2 min antes da realização da actividade de pintura (T0), e que correspondem ao registo do estado de repouso dos indivíduos, e os primeiros 5 min após o início da sessão (T1). Assim como, entre os primeiros 2 min (T0) e o intervalo referente à medição dos 20-25 min (T2).

Torna-se pertinente referir, que o valor de p nestes intervalos foi o mesmo, ou seja, $p = 0,016$, facto este que nos remete para uma constância e aumento dos valores de FC registados nestes intervalos de tempo. Houve um

aumento significativo da FC durante a pintura relativamente ao valor de repouso.

Apresentamos estes resultados resumidos na tabela 4, que se apresenta em seguida.

Tabela 4. *Análise de FC nos intervalos tempo da S5. Teste Wilcoxon, $p < 0,05$*

S5-FC	Valor p
T0-T1	0,016
T0-T2	0,016
T0-T3	0,094
T1-T2	0,016
T1-T3	0,234
T2-T3	0,063

2.3. Média de EDA e FC nas três sessões

Através da análise da média, com recurso ao teste não paramétrico de Friedman, da média de EDA e de FC de cada sessão de pintura (S1, S5, S10), não foram detectadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas, ($p > 0,05$). Resultados apresentados na tabela 5.

Tabela 5 *Relação dos valores de média e desvio interquartis de EDA e FC entre cada sessão. Teste não paramétrico de Friedman $p < 0,05$.*

	Média S1	Média S5	Média S10	Valor p
EDA	6,23 (\pm 2,34)	5,41 (\pm 2,66)	7,20 (\pm 3,53)	0,309
FC	87,75 (\pm 8,63)	84,75 (\pm 5,13)	90,50 (\pm 9,13)	0,188

2.4. Correlação da média de EDA e de FC de cada sessão.

Na análise da correlação entre a média de EDA e FC de cada sessão, recorreremos ao coeficiente de correlação de Pearson. É o coeficiente mais utilizado para medir a correlação que pode existir entre duas variáveis (Vilelas, 2009), isto é, avalia o efeito que uma variável produz na outra. No que concerne à correlação entre a média de EDA e de FC de cada sessão (S1,S5,S10), não foram detectadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Concluindo, não verificamos a existência de uma relação entre a EDA e de FC que nos permita afirmar que a EDA está directamente relacionada com o aumento ou diminuição da FC. Estes resultados estão descritos na tabela 6 que se apresenta em seguida.

Tabela 6. Correlação dos valores médios de EDA e de FC em cada sessão. Coeficiente de correlação de Pearson, $p < 0,05$

	EDA/ FC	Valor p
Correlação média S1	0,118	0,801
Correlação média S5	- 0,039	0,934
Correlação média S10	0,032	0,946

2.5. Correlação da média de EDA e de FC de S1 e S10 com o STAY-Y antes e depois das sessões de pintura

Na análise da correlação entre a média de EDA e FC em S1 e S10, com os dados obtidos do STAY-Y antes e depois das sessões de pintura, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson. No que se refere a esta correlação, não encontramos diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos, ($p > 0,05$), ou seja, não podemos afirmar a existência de uma relação entre a média de EDA e de FC da sessão 1 e sessão 10, com os valores de STAY-T do início e fim da terapia pela pintura.

Os resultados descritos encontram-se resumidos nas tabela 7 e 8, que se apresentam em seguida.

Tabela 7. *Correlação dos valores médios de EDA e de FC de S1 com o STAY-Y antes da sessão de pintura. Coeficiente de correlação de Pearson, $p < 0,05$*

	STAY-Y Antes sessão	Valor p
Correlação média S1 EDA	0,0319	0,485
Correlação média S1 FC	- 0,010	0,983

Tabela 8: *Correlação dos valores médios de EDA e de FC de S10 com o STAY-Y depois da sessão de pintura. Coeficiente de correlação de Pearson, $p < 0,05$*

	STAY-Y Depois sessão	Valor p
Correlação média S10 EDA	0,564	0,187
Correlação média S10 FC	- 0,637	0,124

2.4. Análise do score do STAY-Y antes e depois das sessões de pintura

Através da análise do *score* do STAY-Y, antes e depois das sessões de pintura efectuadas, verificamos a existência de evidências estatísticas significativas ($p > 0,05$), para afirmar que o valor de *score* total do STAY-Y, referente à ansiedade traço, aplicado antes das sessões de pintura, e depois da última sessão de pintura não são idênticos, ou seja, a ansiedade traço diminuiu. Os resultados descritos apresentam-se na tabela 9.

Tabela 9 *Relação dos valores de mediana e desvio interquartis de STAY-Y, antes e depois das sessões de pintura. Teste Wilcoxon ($n < 30$), $p < 0,05$.*

	Antes Sessão	Depois Sessão	Valor p
STAY-Y	43 (\pm 3,5)	36 (\pm 2,5)	0,016

No ponto seguinte expomos a discussão dos resultados obtidos ao longo do estudo. As ilações referidas têm a salvaguarda do tipo de trabalho, uma vez que a procura de bases teóricas e empíricas para novas questões científicas se reveste de alguma imprecisão característica da *exploração* de novos caminhos.

3.Discussão

Com objectivo de avaliar as propriedades psicofisiológicas da Pintura como actividade criativa remediativa das manifestações de ansiedade em indivíduos normais com níveis de ansiedade elevados, realizamos dez sessões de pintura de 45 min, com a periodicidade de duas vezes por semana. Durante as sessões foram monitorizados e registados os valores dos marcadores psicofisiológicos EDA e FC, e no início da primeira sessão (S1) e na última sessão (S10) de Pintura, aplicamos o inventário para avaliação do traço da ansiedade (STAY-Y), sendo depois avaliado o seu *score*.

Na análise da actividade electrodérmica da pele (EDA) e da frequência cardíaca (FC), ao longo das sessões (S1, S5 e S10), incluindo o momento de repouso (T0), não foram detectadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Assim, ao contrário do esperado na questão de investigação, não podemos referir que os seus valores diminuíram a longo do processo terapêutico, sendo reflexo de diminuição de ansiedade. Sabemos que a ansiedade é uma reacção natural e necessária para a auto-preservação (Soares, 2000). Avaliando uma situação como ameaçadora, o indivíduo experimentará uma súbita elevação do estado de ansiedade, e a duração e a intensidade deste estado vão depender do grau de ameaça que o indivíduo atribuirá à situação (Lipp, 2001). Assim sendo provavelmente os indivíduos presentes no estudo, sentiram inicialmente as sessões de pintura como algo estranho, diferente e talvez ameaçador criando defesas intrínsecas que se manifestaram nos registos psicofisiológicos obtidos. Como a actividade realizada proposta tinha como objectivo reduzir a ansiedade, seria lógico termos obtido uma diminuição dos valores de EDA e de FC, pois perante uma

situação, actividade não ameaçadora, como a actividade de Pintura desenvolvida, o indivíduo sente-se mais relaxado menos ansioso, o que provoca alterações dos sinais fisiológicos como a diminuição do ritmo cardíaco e diminuição da sudorese (Koestenbaum, 1978).

Na análise da média de EDA e de FC, nas três sessões de pintura (S1, S5, S10), não foram detectadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Na correlação da média de EDA e de FC de cada sessão, como na correlação entre a média de EDA e FC em S1 e S10, com os dados obtidos do STAY-Y antes e depois das sessões de Pintura, também não se verificaram diferenças. Ao contrário do que seria esperado neste estudo, não só a EDA e/ou FC não diminuíram ao longo do processo terapêutico como também não se encontram correlacionados, assim como não verificamos a existência de uma relação entre os dados referentes a uma análise psicofisiológica (EDA e FC) e os dados correspondentes a um processo mais subjectivo (STAY-Y).

As evidências destes factos contrapõem-se com alguma da literatura consultada. Nomeadamente Grings (1978), refere que quando consideramos o uso da EDA como um indicador de algum estado ou processamento psicofisiológico de interesse, convém lembrar que na maioria das situações as mudanças que ocorrem na actividade electrodérmica não ocorrem isoladas. Pelo contrário, elas ocorrem como parte de uma complexa resposta mediada pelo sistema nervoso autónomo. Em tratamentos experimentais que têm o efeito do aumento do nível de condutância da pele e ou da resposta de condutância da pele, também é esperado um aumento geral do ritmo cardíaco e da pressão arterial, isto para referir algumas das respostas autónomas mais comuns (Grings, 1978).

No que concerne à análise dos valores de EDA de cada momento (T0, T1, T2 e T3) nas três sessões em que foi medida (S1, S5 e S10), não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre sessões. Mas na análise da FC foram detectadas diferenças em duas das três sessões realizadas, (S1 e S5), precisamente entre o momento de repouso (T0) e os momentos de pintura, o que seria de esperar, já que durante qualquer actividade física e cognitiva é expectável que os níveis de actividade

simpática aumentem. Na S1, as diferenças descritas ocorreram nos intervalos de T0-T1, T0-T2, T0-T3, e na S5 nos intervalos de T0-T1, T0-T2. Estas variações, refletem que houve um aumento significativo deste marcador psicofisiológico durante a pintura, relativamente ao valor de repouso, sem início da actividade.

Assistimos que o aumento da FC só se verificou na S1 e na S5 e não na S10, ou seja, na última sessão de pintura que corresponde ao término do processo terapêutico através da pintura. A explicação para esta ocorrência poderá ter a sua justificação na adaptabilidade dos indivíduos ao processo terapêutico. Pelo facto de este aumento só se verificar no início da terapia pela pintura (S1 e S5), poderá reflectir momentos de maior ansiedade face à actividade, que para os indivíduos da nossa amostra ainda era desconhecida não havendo experiência, podendo a Pintura criar, nas sessões iniciais, sensações de maior ansiedade e menos relaxamento que se reflecte no aumento da sua frequência cardíaca. Parece-nos, assim, que os indivíduos da nossa amostra foram expostos perante um factor stressante no início das sessões de pintura.

Podemos ainda referir, que a não ocorrência do aumento dos valores de EDA e de FC na última sessão de pintura (S10) e término do processo terapêutico, se deverá ao facto de os indivíduos do nosso estudo já se encontrarem sob o efeito do processo terapêutico, ou seja, muito possivelmente adaptados às propriedades relaxantes da actividade criativa de Pintura, reduzindo a sua ansiedade. Como refere Landgarten (1991) a pintura como terapia criativa é facilitador da redução dos sinais psicofisiológicos causadores de ansiedade. Assume um papel importante na mobilização das ansiedades reprimidas facilitando uma vida psicológica mais livre (McNiff 1992). Durante as sessões de Pintura, as imagens criadas, irão auxiliar o indivíduo a descobrir e entender as suas ideias e sentimentos, a reconciliar os seus conflitos emocionais, e a reduzir ansiedades (Fichtner, 1997). Desta forma na S10, os indivíduos da nossa amostra usufruíram do poder da Pintura, não ocorrendo um aumento dos marcadores psicofisiológicos causadores de ansiedade.

Por último, através da análise do *score* do STAY-Y referente à ansiedade traço, aplicado antes e depois das sessões de pintura (S1 e S10) detectamos diferenças estatísticas significativas para afirmar que os valores de ansiedade traço, nos indivíduos constituintes da nossa amostra, diminuíram, ou seja, os indivíduos que participaram no estudo, após a intervenção da terapia pela Pintura, conseguiram desenvolver competências para classificar uma situação de *stress* como perigo ou ameaça e a responder a tais situações, apresentando níveis baixos de ansiedade.

Assim sendo, este instrumento de análise, inventário para Avaliação do Estado-Traço da Ansiedade (STAY-Y), desenvolvido por *Spielberger* e colaboradores (1983), normalizado tanto para estudo clínico, tanto para o uso com adultos activos, revelou-se ser completo, versátil e útil para a aferição de traço de ansiedade (*Spielberger*, & *Jacobs* 1983), comprovando a nossa hipótese que a pintura enquanto técnica criativa, diminui a ansiedade em indivíduos normais, com níveis de ansiedade elevados.

Através das diversas análises estatísticas efectuadas, aferimos que em relação ao estudo dos marcadores psicofisiológicos analisados, EDA e FC, não surgiram grandes alterações nos seus valores ao longo das sessões de pintura analisadas, nem entre sessões, salvo uma excepção, valores de FC na primeira e quinta sessão de pintura. Assim não foi possível associar as variações destes marcadores aos resultados do STAY-Y, isto pode dever-se à existência de um desfasamento temporal entre a percepção de ansiedade e uma possível adaptação psicofisiológica.

Durante a realização deste estudo vários factores poderão ter condicionado e limitado os seus resultados, constituindo as limitações do estudo. Nomeadamente, podemos referir como limitação do nosso estudo o número reduzido da amostra, assim como o número limitado de sessões de pintura efectuadas. Além disso, o facto de os indivíduos terem tido o conhecimento anterior acerca do objectivo do estudo, poderá ter condicionado o seu estado ansioso durante as primeiras sessões de pintura. A ocorrência de interrupções externas ao indivíduo durante a realização da actividade, o conhecimento antecipado do término das sessões, ou seja, quando seria a última sessão de pintura e o estado emocional do indivíduo

vivenciado na altura da realização das sessões e condicionado por factores pessoais ou extra-pessoais e vivências de cada um, também terão sido factores limitadores. A estas, acresce a impossibilidade de assegurar o controlo das condições ambientais da sala onde decorreu o estudo, nomeadamente a temperatura ambiente, a qual se manteve sensivelmente constante, mas um pouco elevada ($> 25^{\circ}\text{C}$), podendo ter contribuído para os valores de EDA e FC obtidos.

Em resumo, constatamos que sob o ponto de vista fisiológico, apesar dos resultados de EDA e de FC não nos permitirem tirar ilações acerca da redução dos níveis de ansiedade, os valores de FC obtidos ao longo das sessões de pintura parecem demonstrar a ocorrência de uma adaptação dos indivíduos ao longo do processo terapêutico. Acresce a este facto que através da aplicação do STAY-Y verificamos uma redução da ansiedade traço, o que parece suportar a hipótese de que pintura, enquanto técnica criativa, diminui a ansiedade em indivíduos normais, mas com níveis de ansiedade elevados.

Conclusões

A pintura como arte tribal e ancestral sempre fez parte da vida do ser humano. Pintar, proporciona ao indivíduo um olhar para trás, um olhar interior, identificando as suas forças e fraquezas através da criação visível e pictórica das decepções do seu estado mental. A Pintura será a ponte de ligação entre o mundo interno e externo, vivenciado pelo indivíduo e causador de ansiedade, permitindo-lhe tornar visível, através das imagens pictóricas criadas, o invisível, de forma a reconciliar os seus conflitos emocionais, reduzindo ansiedades.

Assim a Pintura, enquanto actividade criativa, parece possuir propriedades por si só propícias à redução de sintomas de ansiedade, pelo facto de permitir a facilitação da comunicação e do relacionamento intra e inter-pessoal através da expressão artística.

Tendo em conta este pressuposto, definimos e realizamos um estudo pré-experimental, de forma a ir de encontro ao nosso objectivo de estudo, efectuar uma análise das propriedades psicofisiológicas da pintura como actividade criativa remediativa das manifestações de ansiedade em adultos sem diagnóstico de perturbação ansiosa.

Constatamos com a realização deste estudo, meramente exploratório, que os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de análise diferem. No que concerne aos dados avaliados referentes aos marcadores psicofisiológicos em estudo, não verificamos resultados estatisticamente significativos para retirar ilações sobre a seu papel na redução de ansiedade, ao contrário do que se verificou com a aplicação do STAY-Y em que ocorreu a diminuição do traço de ansiedade, nos indivíduos alvo do nosso estudo. Esta ocorrência permite-nos concluir, que apesar de constataremos um desfasamento entre adaptação psicofisiológica (EDA e FC) e percepção (STAY-Y), a Pintura como actividade criativa parece diminuir o traço de ansiedade em indivíduos normais com níveis de ansiedade elevados.

No sentido de obtermos resultados mais significativos, seria de todo o interesse realizar futuramente, estudos mais abrangentes sobre a relação existente entre Pintura e Ansiedade, isto de uma forma mais exaustiva,

durante um processo terapêutico mais prolongado, com um maior número de indivíduos e sessões de pintura realizadas, e grupo de controlo, para efectivamente verificarmos, com mais consistência, que a Pintura enquanto técnica criativa, diminui o traço das manifestações ansiosas em indivíduos normais. Da mesma forma, também seria um bom desafio para nós, Terapeutas Ocupacionais, desenvolvermos um estudo sobre a utilização da Pintura em diferentes patologias, como noutros *settings* terapêuticos (individual, colectiva, estruturada com tema).

Assim, com a realização deste estudo, esperamos ter contribuído para a abertura de novas portas e horizontes sobre esta área, seduzindo os Terapeutas Ocupacionais a partilhar este tipo de intervenção como técnica terapêutica e desenvolvendo mais estudos que a envolvam.

Referências Bibliográficas

- Almeida.L.S. et al (1997) *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Associação de Psicólogos Portugueses.
- Andrews, G. et al. (2003). *The treatment of Anxiety Disorders-Clinician Guides and Patient Manuals*. U.K.: Cambridge University Press.
- Andrade, L., & Gorestein R. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 285-290.
- Andreassi, J. (2000). *Psychophysiology: Human Behavior and Physiological Response*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- AATA (2008) .Art Therapy: *Journal of the American Art Therapy Association*, 25,187-189.
- Araújo, E. (2008). *Biofeedbackk e Gestalt-Terapia*. Revista IGT na Rede, 5 (8), 70-98. IGT - Instituto de Gestalt Terapia e Atendimento Familiar.Rio de Janeiro. Disponível em [http:// www.igt.psc.br](http://www.igt.psc.br) ISSN: 1807-2526
- American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th Ed), *Text Revision*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Atkinson, K.; Wells, C. (2000). *Creative Therapies- A Psychodynamic approach within occupational therapy*. Stanley Thornes.
- Atkinson, K. (1964). *An Introduction to Motivation*. Princeton. N.J: VanNostrand.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2000). *O medo, a ansiedade e suas perturbações*. Lisboa: Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona.
- Bar-Sela, G et al (2007). *Art therapy improved depression and influenced levels in cancer patients on chemotherapy*.Psycho-Oncology.

- Bellenir, K. (2000). *Mental health disorders sourcebook*. (2nded.). Detroit, MI: Omnigraphics.
- Beck, A. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias- A Cognitive perspective*. U.S.A: Basic Books.
- Bourne, E. (2005). *The anxiety and phobia workbook* (4th.Ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Campbell, J. (1994). *Creative Art in Groupwork*, United Kingdom: Wislow Press.
- Cacioppo, J. (2003). *Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms*. Perspectives in Biology and Medicine.
- Carmo, H., Ferreira, M. (1988). *Metodologia de Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cattell, R. (1966). Patterns of change: Measurement in relation to state dimension. Trait change, lability and process concepts. *Handbook of multivariate Experimental Psychology*. Chicago: Rand MacNally and col.
- Campell, D.T (1963). *Social Attitudes and other acquired behavioral dispositions, In KOCH, S. Psychology: A study of a science.V.6* (pp.94-172). New York
- Ciornai S.(2004). *Percursos em Arte-Terapia*. Brasil: Novas Buscas em Psicoterapia.
- Cohen H. (2001). *Neurociência para Fisioterapeutas*. 2^aed. Brasil: Editora Manole.
- Creek, J. (1997). *Occupational Therapy and Mental Health*. 2^aed.Lisboa: Editorial Presença.
- Cunha, J., et al. (1995). *Notas preliminares de um estudo sobre depressão e ansiedade em Estudantes Universitários*. Brasil: Universidade Católica Do Rio Grande do Sul.
- Dalley, T. (1986). *Art as Therapy: an introduction to the use of art as therapeutic tecnic*. U.S.A: Tavistock Publications.

- Edelberg, R. (1993). *Electrodermal mechanism: A critique off two – effectors hypothesis and a proposed replacement*. New York: Plenum Press.
- Fioravanti, A. C. M., Santos, L. F., Maissonette, S., Cruz, A. P. M., & Ladeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do STAY-Y. *Avaliação Psicológica*, 5, 217-224.
- Fichtner, N.(1997), *Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência*, Brasil: Artes Médicas.
- Fowles, P.C. (1988). Psychophysiology and psychopathology: A motivational approach. *Psychopathology*, 25, 373-399.
- Garcia T.P. (2004). *A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão*. Portal dos Psicólogos.Disponível in:<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0043.pdf>.
- Gary, G. et al (2007). *Handbook of Psychophysiology* (3rd Ed.). USA: Cambridge University Press.
- Guyton, A.C., & Hall, J.E. (2000). *The book of Medical Physiology* (10thed) Philadelphia: WB. Saunders Co.
- Graeff, F.G., Guimarães, F.S., Andrade, T.G.C.S. & Deakin, J.F.W. (1996). Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 54 (1) 129-141.
- Grings, W. et al. (1978). *Emotions and Bodily Responses: A Psychophysiological Approach*. New York: Academic Press.
- Hemphill-Pearson BJ. (1999) *Introduction to the Integrative Approach to Mental Health Assessment*. In: Hemphill-Pearson BJ. *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach*. USA: Slack Incorporated;3-136.
- Huyghe, R. (1967). *Sens et destin de l'art*.Paris:Flammarion
- Koestenbaum, P. (1978). *The Vitality of death*. Westport, CT: Greenwood.

- Keedwell, P. and Snaith, R.P. (1996). *What do Anxiety Scales Measure?* Acta Psychiatrica Scandinavica V. 93, pp. 177-180
- Landeira-Fernandez, J., & Cruz, A. P. M. (2007). Medo e dor e a origem da ansiedade e do pânico. In J. Landeira- Fernandez & M. T. A. Silva (Orgs.), *Intersecções entre Neurociência e Psicologia* (pp. 217-239). Rio de Janeiro: MedBook.
- Landgarten, H. (1981). *Clinical art therapy: A comprehensive guide*. New York: Brunner/Mazel
- Landgarten, H.B et al. (1991). *Adult art psychotherapy: issues and applications*. USA: Brunner/Mazel, Inc.
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupational health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 81-91.
- Lewis, M., Haviland, J. (ed.) (1993). *Handbook of Emotions*. New York: The Guilford Press.
- Liebmann. M. (1994). *Exercícios de Arte para grupos*, trad. por Rogério Miliorini, Brasil: Summus Editorial.
- Liebmann, M. (1990). *Art therapy in practice*. London: Jessica Kingsley.
- Liebmann. M. (1991). *Art therapy in practice* .London: Jessica Kingsley.
- Lima, I.(1995). *Folha de papel branco e ecrán de computador onde se pintam fantasias*, 1ªed.Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Lipp, M. E. N. (2001). Stresse emocional: A contribuição de stressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 347-348
- Malpique, M., et al. (1986). *Espaços de Criatividade: a criança que fomos, a criança que somos através da expressão plástica*. Porto: Afrontamento.
- Malchiodi CA. (1998). *The Art Therapy Sourcebook*. Los Angels: McGraw-Hill Professional. Disponível in: <http://books.google.com/books>
- Malchiodi, C. (2003). Art therapy and the brain. In C. A.Malchiodi (Ed)., *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.

- McNiff, S. (1992). *Art as Medicine: Creating a Therapy of the Imagination*. (On line). Disponível em www.artherapy.pt
- Oster I. et al (2006). *Art therapy improves coping resources: a randomized controlled study among women with breast cancer*. Palliative et Supportive Care.
- Pain, S., et al (2001). *Teoria e Técnica da Arte Terapia: a compreensão do sujeito*. Brasil: Artes Médicas.
- Read, H.(1982). *A Educação pela Arte*. Porto: Edições 70
- Ribeiro,J.(1999). *Investigação e Avaliação em psicologia e Saúde*.(1ª ed.).Lisboa: Climepsi Editores.
- Rubin J.A. (1999). *Art Therapy: An Introduction*. Psychology Press.
- Santos,J.(1983). *Ensaio sobre a Educação- I A criança quem é?*. Lisboa. Livros Horizonte.
- Santos, R., Slides TO Ferramentas para análise da actividade humana - Parte II[e Parte III. Adobe Reader – Material apoio módulo]. Junho 2009
- Stein F, Cuttler SK. (2002). *Psychosocial Occupational Therapy: A Holistic Approach*. 2ª Ed. Canada: Delmar.
- Silva, G. (2002). *Desenvolvimento psicossocial e ansiedade em jovens*. Dissertação de Mestrado em Consulta Psicológica de Jovens e Adultos. Porto: F.P.C.E.U.P
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Spielberger, C.D. (1972). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger & Jacobs (1983). *State-Trait Anxiety Inventory-STAY*
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition, and stress: a state-trait perspective. In A. H.Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (199-244). Hillsdale,N.J: Erlbaum.
- Stern, A.(s.d). *A Linguagem Plástica*. Lisboa: Livros horizonte

- Vaz Serra, A. (1989). Stress. *Coimbra Médica*, 10, 131-141.
- Venables, P.H. & Christie, M.J. (1980). *Electrodermical Activity*. Chichester UK: Wiley.
- Wilcock, A. A. (2005). Occupational science: Bridging occupational and health. 2004 CAOT Conference. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72 (1) 5-11.
- Willson M. (1996). *Occupational Therapy in Short-term Psychiatry*. USA: Churchill Livingstone.