



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Itla das Neves Prazeres

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES DISSOCIATIVAS
E PÓS-TRAUMÁTICAS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM.**

BELÉM

2016

Ítla das Neves Prazeres

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES DISSOCIATIVAS
E PÓS-TRAUMÁTICAS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal do Pará como
requisito para obtenção do grau de
Bacharelado e Licenciatura em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra Edficher
Margotti

BELÉM

2016

Irla das Neves Prazeres

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES DISSOCIATIVAS
E PÓS-TRAUMÁTICAS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM.**

BANCA EXAMINADORA

_____ Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Edficher Margotti

_____ 1º Membro

Prof^ª Maria Heliana da Cunha

_____ 2º Membro

Prof^ª Msc Sheila Paranhos

Aprovado em: _____ de _____ de 2016

Conceito: _____

À Deus pelas oportunidades concedidas, todas elas, e pela confiança no relacionamento estabelecido entre nós.

À minha família sempre presente, incentivadora e compreensiva; meus pais, Joel e Rosi, por todo o zelo e dedicação com que calçaram meus pés e pavimentaram meus caminhos ao conhecimento e educação; minha avó Clarice, sempre companheira em orações e mimos em tempo e fora de tempo; minhas irmãs, Japhia, Sâmua e Sarah pelos constantes revezamentos entre admiração e exemplo vividos entre nós, o que sempre me incentivou a fazer mais do que somente o necessário.

Ao meu namorado, Christopher, por seu carinho, companheirismo e esforços e por ter decidido se tornar parte de quem sou e por permitir ser parte do que conheço.

À meus amigos que foram imprescindíveis na caminhada, tornando em riso o cansaço de longos dias e que “como ferro que afia o ferro” foram peças fundamentais ao meu, ainda contínuo, desenvolvimento.

AGRADECIMENTOS

À Professora Roseneide Tavares pelos sempre presentes auxílio e incentivo.

À Professora Doutora Edficher Margotti pelo valiosíssimo auxílio na definição do tema e orientação deste projeto.

À minha Faculdade: Diretores, Professores, Técnicos, Zeladores... profissionais que me auxiliaram na caminhada rumo à admirável profissão que o Senhor elegeu para mim e que sempre me estenderam as mãos quando precisei e quando, por vezes, pensei não precisar.

Aos funcionários dos setores pediátricos dos Hospitais nos quais esta pesquisa foi realizada.

A todos que de forma direta e indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

Meus mais sinceros, profundos e singelos agradecimentos.

“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”.

Santa Teresa de Calcutá

RESUMO

O Transtorno Dissociativo bem como Síndromes Pós-traumáticas geram mudanças na vida de um indivíduo, suas consequências alteram a rotina e cognições das atividades diárias podendo ser ainda mais devastadoras quando desencadeadas e não corretamente diagnosticadas e tratadas na fase infantil. Diversos fatores podem ser considerados como fontes estressoras capazes de desencadear sinais e sintomas associados à ambos transtornos psicológicos. Um longo período de internação hospitalar, conflitos familiares não resolvidos, e características genéticas podem ser mencionados entre tais fatores. Nesse contexto surge a importância da enfermagem, representando uma fonte de apoio emocional, oferecendo educação em saúde, e avaliando necessidades do infante hospitalizado e seus familiares. Assim, este estudo objetivou a avaliação de crianças e responsáveis através de questionários internacionais de avaliação na busca por indícios de sintomas e cognições dissociativas e pós-traumáticas baseado no interesse em ampliar a compreensão acerca de dados transtornos, a fim de fornecer apoio à crianças e suas famílias. Trata-se de um estudo quantitativo avaliativo, o qual foi desenvolvido em Unidades Pediátricas de Hospitais de Belém, junto a crianças e pais/responsáveis, no período de Junho à Agosto de 2016. Por se tratar de estudo que envolve seres humanos, foram seguidos os pressupostos da Portaria 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esse estudo foi relevante, pois além de aprofundados os conhecimentos em relação aos transtornos mentais mencionados, observou-se que a sociedade contemporânea também exerce um papel importante, que, muitas vezes, acaba proporcionando uma maior fragilidade no ser, possibilitando o desencadeamento de patologias. Constatou-se também a importância da Enfermagem no processo de investigação e reconhecimento bem como no auxílio e orientação quanto da importância do envolvimento familiar no processo de saúde-doença de menores internalizados.

Palavras-chave: Crianças. Hospitalização. Psiquiatria infantil. Comportamento infantil. Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

The Dissociative Disorders and Post-traumatic Syndromes generate changes in the individual's lives and its consequences change both the routine and cognitions of daily activities. It can be even more devastating when triggered and not properly diagnosed and treated in the infant stage. Several factors can be considered as sources of stress capable of triggering signs and symptoms associated with both psychological disorders. A long period of hospitalization, unresolved family conflicts, and genetic characteristics can be mentioned among such factors. In this context Nursing has a huge importance, representing a source of emotional support, offering health education, and evaluating hospitalized infants' needs as well as their families' needs. Thus, this study aimed to assess children and caregivers through international evaluation questionnaires in the search for evidence of dissociative symptoms and posttraumatic cognitions. It was also developed on the interest in expanding the understanding of such disorders in order to provide support to children and families. It is an evaluative quantitative study, which was developed in Pediatric Units of Hospitals in Belém. It assessed children and caregivers in the period from June to August 2016. As this study involves human subjects the conditions of the Ordinance 466/2012 of the National Health Council were followed. This study was relevant, since it has enlarged knowledge regarding the previously mentioned mental disorders. It was observed that contemporary society also plays an important role, which often ends allowing triggering conditions to take place. It was also found the importance of nursing in research and recognition process as well as in helping and guiding the family on their involvement in the health process of internalized children.

Key-words: Children. Hospitalisation. Children Psiquiatry. Children behaviour. Pediatric Nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Problema	14
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3. JUSTIFICATIVA	16
4. MÉTODOS	17
4.1 Caracterização do Estudo	17
4.2 Local do Estudo	17
4.3 População da Pesquisa	18
4.4 Amostra	18
4.5 Critérios de inclusão e exclusão de participantes	19
4.6 Coleta e Análise de dados	19
4.7 Devolução de resultados	21
4.8 Preceitos éticos da Pesquisa	22
4.11 Riscos e benefícios ao participante	22
5. REFERENCIAL TEÓRICO	23
5.1 Enfermagem Hospitalar e Pediátrica	30
5.2 Enfermagem & Psicologia	34
5.3 Relevância da avaliação psicologia em Pediatria	37
5.4 Do diagnóstico de transtornos psicológicos em crianças	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
ANEXOS	60
REFERÊNCIAS	81

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1 – Resultados de Questionários <i>Children Dissociative Checklist</i> (CDC) e <i>Children’s Dissociative Experiennces Scale</i> (CDES) referentes à entrevistas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.....	48
Gráfico 1 – Estatística da distribuição de Transtornos de acordo com Questionário <i>Children Dissociative Checklist</i> (CDC) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.....	49
Gráfico 2 – Estatística da distribuição de Transtornos de acordo com Questionário <i>Children’s Dissociative Experiennces Scale</i> (CDES) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.....	50
Tabela 2 – Resultados de Questionários <i>Children Dissociative Checklist</i> (CDC) e <i>Children’s Dissociative Experiennces Scale</i> (CDES) referentes à entrevistas no Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	51
Gráfico 3 – Estatística da distribuição de Transtornos de acordo com Questionário <i>Children Dissociative Checklist</i> (CDC) no Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	52
Gráfico 4 – Estatística da distribuição de Transtornos de acordo com Questionário <i>Children’s Dissociative Experiennces Scale</i> (CDES) no Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIJ	Artrite Idiopática Juvenil
BB	Barros Barreto
CDC	Child Dissociative Checklist
CDES	Children's Dissociative Experience Scale
D	Dissociação
DMTC	Doença Mista do Tecido Conjuntivo
DRC	Doença Renal Crônica
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
F.E.	Falsa Escala
FET	Falsa Escala de Trauma
FSCMPa	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
GECA	Gastroenterite
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
P.T.	Pós-Trauma
PNM	Pneumonia
PTSD	Posttraumatic Syndrome Disorder
SC	Santa Casa
SPT	Síndrome Pós Traumática
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Transtorno Dissociativo
TT	Total

1 Introdução

No mundo contemporâneo muito se fala e estuda acerca de doenças de caráter psicológico. O fomento deste grande interesse deve ater-se ao fato de que tais distúrbios são apontados como uma das principais causas de prejuízo funcional e suicídio ao redor do globo (KAPCZINSKI, 2011).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) é enfática ao afirmar que em 2030 transtornos psicológicos se tornarão o maior problema de saúde pública do mundo devendo ser, sozinhos, a maior causa de perdas entre todos os problemas de saúde, afetando principalmente as populações de países em desenvolvimento. A Organização já havia estimado, ainda na década de 90, que em 2020 a depressão, listada entre os transtornos dissociativos, seria a maior causa de incapacidade humana, superada somente por doenças cardiovasculares (OMS, 2002).

Sabe-se que transtornos psicológicos são condições neurobiológicas complexas, apesar de tais doenças tornarem-se cada vez mais corriqueiras entre os discursos da população. O anual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V lista diversos fatores como propulsores ao desencadeamento de transtornos psicológicos: alterações neuroquímicas sensibilizadoras, anomalias no funcionamento de circuitos cerebrais, desajustes no processo de informações, bem como fontes ambientais estressantes (KAPCZINSKI, 2011).

Dentre os múltiplos transtornos listados no Manual DSM V, encontram-se os ditos Transtornos Dissociativos, os quais se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais (DSM V, 2013). Ainda de acordo com o Manual DSM V, o transtorno dissociativo apresenta-se disposto em quatro variedades descritivas, a saber: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização (DSM V, 2013).

Em episódios dissociativos típicos o indivíduo pode apresentar-se em dois estados distintos: um facilmente acessível, sem alterações de consciência características, ou outro em que um estado de consciência “dissociada” pode ocorrer, levando ao aparecimento agudo de sintomas dissociativos que constituem um desafio significativo para o esclarecimento diagnóstico e tornam

a coleta de informações problemática (OTHMER, 2002). A análise do distúrbio em acórdância com suas distintas variedades descritivas bem como suas diferentes apresentações permite-nos uma análise mais específica dos achados sintomáticos de cada uma delas e, conseqüentemente, um melhor direcionamento no planejamento e melhor aplicação e resultados no tratamento (CAETANO, 1993).

Estudos realizados por Bromer et al. (2011), traçam um panorama global de episódios dissociativos e revelaram o Brasil como o país com a maior incidência de depressão no mundo, tendo 10,8% dos habitantes diagnosticados com o distúrbio psicológico. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013) dentre estes brasileiros, 52% faz uso de medicamentos no tratamento da doença e apenas 16,4% tem acompanhamento psicoterapêutico.

Proporcionalmente às populações regionais, o Sul do país é a região com o maior número de adultos afetados por transtornos de cunho psicológico, de acordo com o revelado pela Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2013. No Rio Grande do Sul, por exemplo, 13,2% da população com faixa etária superior a 18 anos já foi diagnosticada com depressão por um profissional da saúde. Na outra ponta do ranking, encontram-se os estados do Norte do país. No Pará apenas 1,6% da população adulta recebeu o diagnóstico de doenças mentais (IBGE, 2013).

Gomes (2013), por sua vez, afirma que quando se trata da análise do percentual de incidência e suscetibilidade e instalação de enfermidades em indivíduos e sociedades, inúmeras variáveis devem ser consideradas. De acordo com o autor, disparidades existem e podem apresentar-se de acordo com gênero, idade, grupo étnico, estado civil, ocupação e remuneração, nível de escolaridade, classe social e estilo de vida.

O relatado por PHILLIPS (2001) no que diz respeito à epidemiologia de transtornos dissociativos de acordo com gênero, por exemplo, é que em pessoas do sexo feminino a incidência é duas vezes maior do que a incidência dos mesmos transtornos, na população de sexo masculino. O autor relata ainda que sintomas dissociativos tendem a aparecer entre a 3^a e a 4^a década de vida, fazendo com que o transtorno seja raramente diagnosticado antes dos 10 anos de idade e após os 80 anos, motivo justificado pela complexa diagnose do problema, o qual apresenta sintomas semelhantes e/ou encontrados em outras patologias de cunho psicológico mais frequentemente diagnosticados por profissionais em infantes (PHILLIPS, 2001).

Estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2002) corroboram o dito por PHILLIPS e apontam ainda que tal percentual de incidência em mulheres, independe de fatores socioeconômicos.

Além disso, Gomes (2013) afirma que a vasta variedade de fatores desencadeadores de transtornos psicológicos, de forma geral, encontra-se em complexa interação e reflete um misto de fragilidade do organismo e de oportunidades de exposição ambiental. Ainda segundo Gomes (2003), entre estes mecanismos o contexto de hospitalização, como inúmeras literaturas sugerem, é, em especial para crianças, fonte de fatores estressantes, o que por sua vez, são desencadeadores eficazes de transtornos. O autor afirma ainda que:

Condições crônicas degenerativas, a exemplo de transtornos cardiovasculares, digestivos, neurológicos, osteoarticulares e mentais, tendem a ter seu curso clínico prolongado, com os progressos do tratamento. Desta maneira, com o aumento da duração média das doenças, eleva-se a prevalência destas condições.

Em decorrência do apontado pela OMS e de estudos de caráter internacional realizados acerca da dissociação e seus resultados devastadores e, por reconhecer a carência de estudos no tocante à diagnose, prevalência e tratamento nos âmbitos bio físico psicossocial de infantes, o presente estudo enfocou a avaliação dos sintomas e cognições pós traumáticas em crianças.

1.2 Problema

Sabendo-se da alarmante estatística de propagação de transtornos mentais, prevista pela OMS para os próximos 15 anos, bem como tendo conhecimento dos dados estatísticos apontados pelos autores supracitados, fazem-se necessárias políticas mais atuantes não somente no que diz respeito ao combate deste problema de saúde pública, mas também à maior necessidade de comprometimento por parte dos profissionais de saúde na busca ativa e na realização do diagnóstico e tratamento precoces de transtornos mentais, dentre os quais, o transtorno dissociativo (OMS, 2002).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Investigar e analisar sintomas e cognições dissociativas e pós-traumáticas infantis decorrentes de um processo de hospitalização superior a cinco (5) dias.

2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar incidência de transtornos dissociativos na infância;
- Apresentar incidência de síndrome pós-traumática na infância;
- Comparar incidência de indicativos dissociativos e traumáticos entre a avaliação parental e auto avaliação infantil;
- Avaliar os níveis de envolvimento familiar no processo de tratamento da doença de base (responsável pelo processo de hospitalização do infante);
- Identificar e listar possíveis fatores desencadeadores da sintomatologia dissociativa e traumática advindos de ambos os contextos (familiar e hospitalar) afim de que estratégias possam ser discutidas em projetos futuros.

3 Justificativa

Ainda não há um consenso no que diz respeito à delimitação diagnóstica de transtornos dissociativos em crianças, bem como não há uma associação clara acerca do fator hospitalização no que diz respeito à instauração do transtorno o que por vezes, dificulta sua prevenção e diagnóstico resultando conseqüentemente, na elevação dos índices de ocorrência do mesmo bem como no agravamento e cronificação do problema e na criação de um processo traumático para a criança. Nesse sentido, é indiscutível a relevância da conscientização das comunidades profissionais, científicas e familiares acerca da seriedade da temática e da importância de seus respectivos papéis no cenário atual e futuro no enfrentamento deste que é mais um, dentre os diversos desafios para a saúde pública.

Em consequência dos fatos mencionados até aqui, evidenciou-se a necessidade realização de estudos com ênfase na avaliação psicológica infantil, dada a disparidade entre a atenção atualmente dispensada a esta área e sua relevância em níveis acadêmico, científico e social. Estudos com ênfase em ambientes de saúde, embora ainda escassos, são especialmente importantes para possível constatação, fundamentada em evidências, de fatores advindos do período/processo de hospitalização e que possam possibilitar repercussões psicológicas no desenvolvimento do infante (CUNHA, 2008).

As doenças que afetam crianças, as quais outrora foram base para internação, precisam ser tratadas sem necessariamente servir de suporte para a aquisição de novas patologias, em especial, as de fundo psicológico que podem surgir em curto e longo prazo.

4 Métodos

A avaliação de interferências do momento evolutivo da criança, no que se refere ao fator psicológico é dividida em etapas. A primeira delas analisa interferências advindas de stress causado pelo processo/período de internação hospitalar por meio da identificação dos aspectos que chamam mais atenção no desenvolvimento da criança, através de observação direta da mesma e análise de dados fornecidos pela família e pela própria criança (CUNHA, 2008). A segunda etapa explora e organiza dados avaliativos; enquanto a terceira etapa interpreta e implementa ações sistematizadas de intervenção (CUNHA, 2008). O presente estudo ateu-se à primeira etapa de avaliação, a qual, segundo o autor, pode por si só “apontar possíveis fatores de risco e proteção, como também condições específicas de resiliência, os quais são considerados suficientes para a determinação conclusiva de determinados casos”.

4.1 Caracterização do Estudo

A proposta metodológica seguiu a linha de investigação avaliativa descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Thomas e Nelson (1996), tal categoria de estudo “visa identificar tendências, interesses e comportamentos enquanto estabelecem relações existentes no fenômeno, favorecendo a formulação clara do problema e de hipóteses na tentativa de solução”.

4.2 Local do Estudo

Estudo realizado nas Instituições de Saúde Pública Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e Hospital Universitário João de BARROS Barreto (HUJBB), localizadas na cidade de Belém, capital do Estado do Pará, com endereços respectivamente à Rua Oliveira Belo, 395, Umarizal e Rua dos Mundurucus, 4487, Guamá.

A Instituição FSCMPA, é a maior maternidade neonatal da Região Norte do país e tem como finalidades essenciais a Assistência, o Ensino e a Pesquisa. Seu perfil assistencial é baseado

na Atenção à saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher e Atenção à Saúde do Adulto. Nas áreas de Ensino e Pesquisa, a FSCMPA desenvolve programas de residência médica em pediatria, neonatologia, nefrologia pediátrica, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, dermatologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica e radiologia. O HUIBB por sua vez, é uma Instituição também alicerçada no tripé “Assistência, Ensino e Pesquisa” e presta serviços nas áreas de clínica médica, pneumologia, infectologia, pediatria, cirurgias geral, vascular e cirurgias de cabeça e pescoço, endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia e urologia, além de disponibilizar à comunidade atendida pelo SUS (Sistema único de Saúde), centros de diagnósticos e recuperação.

4.3 População da Pesquisa

A população da pesquisa abrangeu crianças na faixa etária de cinco (5) a doze (12) anos em processo de internação que se encontraram nas alas pediátricas das Instituições FSCMPA e HUIBB.

4.4 Amostra

A seleção da amostra deu-se pelo cálculo de Amostragem Probabilística Estratificada Proporcional, a qual, segundo Pocinho (2009), “assegura certa precisão na estimação de parâmetros populacionais, reduzindo o erro amostral, bem como garantindo a melhor representatividade possível à pesquisa”. A amostragem é utilizada quando a população inteira é reconhecida por certas características precisas e a seleção dos elementos, de acordo com tais aspectos, dá-se em número proporcional ao tamanho de cada um dos “estratos”, subgrupos homogêneos.

A quantidade amostral considerada significativa à pesquisa foi calculada através da média de internações de infantes inseridos na população etária de cinco (5) a doze (12) anos e aptos à participação, conforme critérios estabelecidos nos termos de inclusão/exclusão, em ambas as Instituições participantes. Foi utilizado um erro amostral de 10%, com um nível de confiança de 95%. Utilizou-se um número populacional de 50 crianças na faixa etária de cinco (5) a doze (12)

anos, com um percentual máximo de 50%, obtendo-se uma amostra de 34 crianças. Foi ainda calculada uma quantidade amostral de teste, a qual resultou na seleção de cinco (5) crianças, de ambas as Instituições, cujas entrevistas serviram para atestar a confiabilidade dos questionários aqui utilizados. Os resultados obtidos através de entrevistas com população teste, no entanto, não foram inseridos aos resultados da presente pesquisa, conforme estabelecido nos critérios de inclusão e exclusão.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão de participantes

Foram caracterizados como parâmetros para inclusão na pesquisa:

- Crianças com faixa etária entre cinco (5) e doze (12) anos de idade;
- Crianças internadas nas Instituições de Saúde pesquisadas por um período superior a cinco (5) dias, por quaisquer que sejam suas patologias de base para internação (salvo a referida no critério de exclusão);
- Crianças devidamente acompanhadas e autorizadas por seus cuidadores e/ou responsáveis à participação da pesquisa.

Em contrapartida, foram caracterizados como parâmetros para exclusão na pesquisa:

- Crianças menores de cinco (5) anos e maiores de doze (12) anos de idade;
- Crianças que apresentem prognóstico de patologias neurocognitivas;
- Crianças desacompanhadas no momento da entrevista;
- Crianças não autorizadas à participação por cuidadores e/ou responsáveis;
- Crianças integrantes de coleta de dados na classificação de ‘Piloto’ (teste).

4.6 Coleta e Análise de dados

A coleta de dados foi realizada no período de Junho à Agosto de 2016 por meio dos instrumentos Internacionais *Child Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experience Scale* (CDES), os quais são compostos por duas vias de questionários avaliativos – uma voltada aos responsáveis e outra às crianças –, uma vez respondidos e cruzados tornam possíveis as detecções de transtornos dissociativos, a exemplo da depressão; sintomas pós-traumáticos e falsas escalas de trauma. As ditas falsas escalas de trauma, se constituem quando um indivíduo hospitalizado apresenta um “comportamento de doença”, que não coincide necessariamente com o estado real da doença (LÓPEZ, 1998).

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizada a explanação acerca do estudo aos cuidadores e/ou responsáveis e crianças. Mediante o interesse de participação de ambas as partes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado, em duas vias, pelo responsável; uma via ficando recolhida aos interesses do participante e a outra, aos interesses do pesquisador.

Após essa fase, deu-se início à aplicação de questionário CDC aos acompanhantes e/ou responsáveis, o qual apresenta como finalidade a descrição de comportamentos que definem a criança no presente momento e nos últimos doze (12) meses. O instrumento de coleta de dados é composto de vinte (20) itens que são preenchidos em um tempo estimado de cinco (5) minutos (FEINDLER, RATHUS e SILVER, 2003). Contém alternativas classificadas de zero (0) a dois (2), onde zero (0) é considerado “falso”, um (1) é considerado “verdadeiro” e dois (2), considerado “muito verdadeiro”, somadas ao fim de cada pergunta, as respostas totalizam uma dada pontuação. Ao final da aplicação a somatória da pontuação é realizada. Valores iguais ou superiores a 12 pontos são considerados indícios de patologia dissociativa.

Ao início da entrevista parental, participantes eram elucidados acerca de termos contidos nas perguntas, bem como tinham itens do questionário esclarecidos e exemplificados a fim de que, com uma melhor assimilação dos itens, as respostas fossem as mais fidedignas possíveis, evitando um específico viés de resposta. Tomando como exemplo a pergunta de número um (1), “experiências traumáticas” foram exemplificadas como “abusos físico e/ou sexual, violência doméstica, prévias internações hospitalares, separação/divórcio parental, mudanças de cidade, casa, escola e/ou círculos de convivência, experiências de desastres e outras perdas traumáticas” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Uma vez realizada a entrevista com cuidadores/responsáveis, seguia-se à entrevista com a criança, onde o questionário CDES era utilizado a fim de identificar a compreensão da mesma sobre sua doença e hospitalização, bem como seu comportamento e enfrentamento frente à situação vivenciada. O questionário infantil consta de um total de trinta e sete (37) itens e leva entre quinze (15) e vinte (20) minutos para ser aplicado. Nesta forma de coleta de dados, crianças encontram a possibilidade de auto avaliação à medida que são estimuladas à comparação de seus comportamentos aos comportamentos expostos nos modelos pré-estabelecidos no questionário.

Durante todo o período de coleta de dados, cuidadores/responsáveis e crianças de todas as faixa etárias e independentemente do caráter diagnóstico infantil, demonstraram-se receptivos e colaborativos à pesquisa. Perguntas, inferências e sugestões realizadas durante e ao término da aplicação de ambos os questionários - CDC e CDES – demonstraram que os níveis de interesse dos participantes se faziam ainda mais elevados após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, o qual se dava com a explanação do TCLE e com a constatação do caráter de continuidade, no que diz respeito à aplicação de resultados, que a pesquisa apresenta como um de seus potenciais.

Crianças entre nove (9) e doze (12) anos de idade demonstraram-se mais curiosas, comunicativas e pacientes no decorrer da entrevista composta por trinta e sete (37) itens. Crianças entre cinco (5) e oito (8) anos de idade, no entanto, apresentavam-se impacientes e tímidas, sendo por vezes estimuladas e/ou auxiliadas pelos cuidadores/responsáveis quanto da verbalização de suas respostas e por vezes perguntando “quando a entrevista teria fim”.

Os dados foram analisados tendo como subsídios os resultados descritivo-quantitativos da pesquisa comparados entre si, considerando-se o preconizado pelos autores do método CDC - “*Child Dissociative Checklist*” e CDES – *Children’s Dissociative Experience Scale* para mensuração e associação de resultados de ambos os questionários aplicados.

4.7 Devolução dos resultados

Os resultados encontrados e relatados nesta pesquisa serão devolvidos à comunidade através de apresentação oral e multimídia quando na defesa da Conclusão de Curso, assim como

deverão ser divulgados à sociedade em publicações Regionais, Nacionais e Internacionais, como também em Eventos Científicos.

4.8 Preceitos Éticos da Pesquisa

A ética permaneceu em toda a pesquisa. Assim sendo, os nomes de todos os participantes – crianças e cuidadores/responsáveis - foram preservados. O modelo do termo de consentimento, que os participantes e/ou responsáveis assinaram quando da participação, encontra-se anexado ao fim deste estudo. Os nomes divulgados ao longo desta pesquisa foram, exclusivamente, os referentes aos autores da referência bibliográfica utilizada durante a pesquisa. Tal prática encontrou-se em conformidade com a Resolução número 466/2012 e sob as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa tendo também sido autorizadas pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o protocolo de pesquisa de número 58409516.4.0000.0018.

4.9 Riscos e Benefícios ao participante

A participação no Projeto não acarretou em riscos físicos, embora houvesse a possibilidade de desconfortos decorrentes da participação, os quais foram amenizados através de confidencialidade e sigilo sobre a participação e nome. Os benefícios relacionados à participação, por sua vez, caracterizaram-se por sua ordem intelectual, social e cultural, visto que crianças e responsáveis se interessaram e poderão continuar a vir a se interessar sobre o tema, aprofundando-se no assunto, e até mesmo quebrando tabus, superando preconceitos e discriminação quanto à hospitalização e quanto à temática de “hospitalização infantil e transtornos ocasionados/relacionados a tal período”. Vale ressaltar aqui, que a participação não foi obrigatória e a recusa não acarretou em prejuízos ao atendimento, podendo ter sido abandonada a qualquer momento; bem como a participação não foi associada a benefícios econômico-financeiros ou matérias de quaisquer formas.

5 Referencial Teórico

“O estudo da distribuição de um agravo à saúde, exige, previamente, a organização das informações no tocante a características das pessoas, do lugar e do tempo” (CUNHA, 2008).

No mundo contemporâneo inúmeras patologias encontram-se associadas à internação infantil e, conforme a variação etária variam também a morbidade e fatores de risco relacionados (DATASUS, 2008).

A internação hospitalar representa uma importante fonte de estresse para a criança além de contribuir para o desenvolvimento de quadros ansiosos nas mesmas. Experiências estressantes no início do desenvolvimento infantil podem promover uma ruptura no desenvolvimento típico do indivíduo, uma vez que apresenta-se como fatores de risco para problemas de saúde mental na adolescência e na vida adulta (BARROS, 1998). Além disso, segundo Chiattonne (2003), repercussões psíquicas decorrentes do processo de adoecimento e hospitalização podem ainda comprometer o período relacionado ao tratamento na Instituição de Saúde.

De acordo com Angerami (2004), crianças hospitalizadas por um período superior a cinco (5) dias apresentam tendência ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relevantes. O autor assegura ainda que fatores tais como faixa etária, tipo de diagnóstico e prognóstico clínico e estabelecimento dos vínculos familiares afetivos são fundamentais e diretamente ligados à apresentação de implicações para a vivência da criança.

Estudos na área da psicologia pediátrica destacam que quadros ansiolíticos decorrentes do enfrentamento da patologia, entrada no ambiente hospitalar e afastamento da família, provocam em crianças não somente o sofrimento físico e psicológico por meio da interrupção do seu cotidiano, mas também propiciam às mesmas um cenário potencialmente estressor. Tal cenário, somado à presença de equipamentos estranhos, dolorosos e ameaçadores à criança, tendem a resultar em perda da identidade, regressão a estágios anteriores de desenvolvimento e sensação de abandono e culpa (COLLET, 2002).

Tais reações, desencadeadas a partir do momento em que a criança se vê compelida a reagir com mudanças comportamentais e químicas e a lidar com a incapacitação de manter o

controle sobre os acontecimentos e sua rotina, exigem agressivas respostas adaptativas das mesmas, as quais indubitavelmente afetam suas respostas comportamentais e físicas (COLLET, 2002).

Fatores genéticos, alterações neuroquímicas sensibilizadoras, anomalias no funcionamento de circuitos cerebrais, desajustes no processo de informações bem como fontes ambientais estressantes são, portanto, alguns dos fatores que também podem ser listados como propulsores ao desencadeamento dos sinais e sintomas típicos de transtornos psicológicos (DSM V; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Segundo Shonkoff (2012), tais interações entre experiências de vulnerabilidade oferecida pelo ambiente e influências de genes, incidem sob o prognóstico da doença de base, o qual não depende somente da natureza, severidade e complicações, mas também de diversos fatores incidentes capazes de afetar e moldar o cérebro em desenvolvimento, sendo capaz de romper circuitos cerebrais durante períodos considerados sensíveis ao desenvolvimento, possibilitando alterações na anatomia cerebral as quais por vezes, se tornam precursoras de prejuízos posteriores ao desenvolvimento e à instauração de doenças crônicas relacionadas ao estresse físico e mental.

Desde meados do século XVIII a literatura sobre o tema da dissociação é crescente, incluindo perspectivas históricas, estudos de investigação, estudos de comorbidade, estudos de casos, livros teóricos e clínicos, e conferências em todo o mundo (LIEBEMAN, 2004). Para adicionar à nossa mais profunda compreensão acerca do tema, a recente publicação por Liebeman (2004) fornece também um material rico e abrangente.

Pesquisas originais acerca de uma “dissociação do sistema nervoso como resultado de um evento estressor que atuaria na parte afetiva do cérebro” resultando em histeria em indivíduos vulneráveis iniciaram-se em 1859 (PHILLIPS, 2001). O termo dissociação, no entanto, só passou a existir a partir dos estudos de Pierre Janet em 1907, nos quais o autor descreve um modelo de dissociação como sendo “uma informação que é mantida fora da consciência, de forma inalterada, mas exerce efeitos em funções motoras/sensoriais através de mecanismos inconscientes, originando os sintomas dissociativos” (PHILLIPS, 2001).

Atualmente dissociação é definida pela existência de uma perturbação nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente. Fatores psicológicos importantes, como conflitos ou dilemas insuperáveis, também são responsáveis pelo

aparecimento de sintomas dissociativos, ou seja, os comportamentos/sintomas são involuntários (PHILLIPS, 2001).

Tais comportamentos constituem possíveis indícios da evolução de quadros clínicos, cuja detecção, especialmente em crianças, deve determinar ações de enfrentamento tendo em vista a garantia da plenitude do processo evolutivo na infância, bem como ao longo das etapas evolutivas posteriores (CUNHA, 2008). Há necessidade, ainda, de considerar que estes preditores podem ser prenúncios de vários quadros clínicos aparentemente semelhantes, mostrando também, com isso, a complexidade que envolve o estabelecimento do diagnóstico (CUNHA, 2008).

Em dito isto, é evidente que a análise dos distúrbios dissociativos em acórdância com suas distintas variedades permite-nos analisar, ainda mais especificamente, os achados sintomáticos de cada um deles bem como permite-nos a realização de diagnóstico diferencial com outros distúrbios psicossomáticos de comum apresentação em infantes vítimas das mais distintas formas de trauma (PHILLIPS, 2001).

Embora os critérios para diagnose sejam os mesmos dos adultos, em crianças com transtorno dissociativo há o maior predomínio de ansiedade, alucinações, apatia, recusa escolar, níveis de distração e fadiga aumentados, perda de peso e apetite diminuído (BAHLS, 2002). Queixas somáticas também são presentes e constantes e incluem, entre outros sintomas: concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança alteradas de maneira negativa; ideias de culpa e inutilidade; desesperança a respeito do futuro; sono perturbado; apetite diminuído e ideias ou atos autolesivos, a exemplo das tentativas de suicídio, esta última tendo apresentação rara (CAETANO, 1993).

Segundo Bahls (2002) e Bahls e Bahls (2003), índices de apresentação de transtornos psicológicos infantis tem aumentado e episódios dissociativos em infantes, tem ocorrido cada vez mais cedo. No entanto, muito embora se reconheça a dissociação como uma patologia, a mesma ainda tem sido pouco diagnosticada e, em decorrência disso, poucos pacientes recebem tratamento adequado (BAHLS, 2002).

Reis e Figueira (2001) relataram também que por diversas vezes as próprias crianças tem dificuldades em identificar e nomear seus sintomas, que aparecem de maneiras variadas. Por outro lado, pais e profissionais em contato com as crianças acabam identificando fatores que, a

princípio, não são reconhecidos como sendo de dissociação, já que encontram-se atrelados à queixas como cefaleia, dores abdominais e diarreia, que dificultam o diagnóstico referido.

Enquanto a maior parte da literatura continuou predominantemente a se concentrar em dissociação em adultos, esforços para lançar luz sobre a forma de avaliar com precisão a dissociação em crianças estão lentamente a ganhar impulso (LIOTTI, 2009). Desde o início da década de 1990, muitos modelos teóricos de diferentes disciplinas surgiram para fornecer uma perspectiva mais ampla da nossa compreensão das perturbações da memória, consciência e identidade e examinam como o trauma afeta certas estruturas cerebrais e prejudica a consciência e memória (LIOTTI, 2009).

No campo da pesquisa acerca da dissociação, uma série de teorias surgiu e, entre elas, a de Putnam, pesquisador responsável pelo *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experience Scale* (CDES), questionários de meados da década 1990 usados neste estudo (LIOTTI, 2009). O modelo de Putnam, assim como muitos outros modelos teóricos - neurológicos, de apego, relacionais e dissociativo - foi proveniente de várias disciplinas e converge com sobreposição de construções para aumentar consideravelmente a credibilidade e a compreensão da etiologia da dissociação (LIOTTI, 2009).

A princípio, o questionário CDC desenvolvido por Putnam e colaboradores deveria ser exclusivamente respondido pelos adultos responsáveis acerca de comportamentos apresentados pela criança no presente momento e ao longo dos últimos 12 meses.

O instrumento de coleta de dados é composto de vinte (20) itens que são preenchidos em um tempo estimado de cinco (5) minutos, consta de ficha única composta por vinte (20) itens, e, nenhum tipo de treinamento específico é requerido para aplicação da mesma (FEINDLER, RATHUS e SILVER, 2003).

A fenomenologia clínica de transtornos dissociativos em crianças, quando avaliados por indicadores dissociativos, utilizando checklists válidos com um processo de entrevista completa está garantido (LIOTTI, 2009). Os principais indicadores dissociativos apresentados são muitas vezes interligados, influenciados, e/ou dependentes de outros indicadores. Sintomas dissociativos podem aparecer e desaparecer rapidamente ou só aparecer raramente, dependendo do que lhes ativa. É por causa da fluidez de tais sintomas e de sua comum apresentação em outros transtornos de ordem psiquiátrica que os mesmos são muitas vezes mal interpretados (LIOTTI, 2009).

No questionário utilizado na pesquisa parental/com responsáveis, cinco domínios de dissociação, os quais são mais comumente encontrados em crianças com distúrbios dissociativos, foram analisados: amnésia dissociativa, rápidas mudanças em comportamento e habilidades prévias, estado de transe espontâneo, alucinações e mudança de identidade (PUTNAM, 1997). Putnam (1997) relata também que a presença de comportamentos agressivos e/ou sexuais pode ser um indicativo cumulativo junto aos demais quando da análise da presença de distúrbios dissociativos em crianças.

Os domínios destacados para análise são descritos por Putnam (1997) como:

Amnesia: As crianças podem ter flutuações de memória, incluindo a não lembrança de antigas ou atuais experiências traumáticas e/ ou experiências não-traumáticas. Sua memória pode ser irregular ou episódica, uma vez que eles podem se lembrar de eventos e em outro momento eles podem não ter conhecimento do que foi previamente relatado por eles. Eles devem lembrar de partes do seu trauma e descreve-lo acompanhado de distorção sensorial, como ‘a visão de um túnel’ ou apenas pedaços de audição do evento. Eles podem não recordar os seus professores, escolas, feriados, ou mesmo seus pais. Tal memória episódica das crianças pode ser dependente de muitos fatores, tais como, se eles têm força do ego suficiente para lidar com a memória, especialmente se ela é traumática e a segurança do meio ambiente em que vivem. Além disso, muitas vezes simplesmente perguntando às crianças de uma forma empática sobre tais experiências, proporcionar-lhes a oportunidade de discutir suas experiências amnésicas e traumáticas;

Estado de transe e comportamento ‘desligado’: Ao longo de um período contínuo de moderada a severa gama de dissociação, as crianças podem apresentar um olhar desligado ou ‘aéreo’ quando eles querem escapar devido à ansiedade ou lembranças traumáticas. Às vezes, por causa da vergonha que sentem, eles vão dizer que eles estavam entediados. Na forma mais grave de dissociação, a presença amigos imaginários, alucinações auditivas e/ou visuais de pessoas podem também ser identificadas;

Humor extremo e mudanças de comportamento: Flutuações rápidas e extremas de humor e comportamento muitas vezes podem ser vistas como uma forma de transtorno bipolar, especialmente se forem tomadas pelo seu valor nominal e não entendidas como uma parte da etiologia da dissociação. Crianças podem ser confusas e desafiadoras e demonstrar preferências mutáveis à alimentação, vestuário, brinquedos, atividades, padrões de pensamento contraditórios e queixas somáticas súbitas, tais como dores de cabeça, dores de estômago e dor nas extremidades;

Alucinações auditivas e visuais: A presença de vozes e imagens de objetos flutuantes, rostos, figuras ou sombras são frequentes e perguntar às crianças de uma forma empática sobre suas alucinações, enquanto explicando que outras crianças com história de trauma semelhantes, relataram esses tipos de experiências, pode minimizar sua resistência para revelá-los. Uma vez que as crianças entendem que as vozes ou imagens assustadoras foram originalmente

formadas para ajudá-los a sobreviver, seu medo e resistência em divulgá-los, é menor;

Despersonalização e desrealização: Este domínio é descrito como ‘descolamento da consciência do eu ou corpo’, isto é, sentimentos de estranheza ou falta de familiaridade com o eu, experiências fora do corpo; desprendimento de afeto, tais como dormência; uma sensação de irrealidade, como se estivesse em um sonho; e alterações na percepção ou alucinações em relação ao corpo. Desrealização envolve uma sensação de irrealidade ou falta de familiaridade com o próprio ambiente, e distorções de espaço e tempo.

De acordo com a avaliação de Putnam e Peterson (1994), o questionário apresenta além de alta confiabilidade e a possibilidade de discriminar crianças que se encontravam sob maus tratos e crianças com dissociação daquelas que apresentavam condições psiquiátricas saudáveis, algo atestado com pouca confiabilidade por outros questionários. No entanto, segundo Ohan, Myers e Collet (2002), crianças mais novas e do sexo feminino, apresentam mais características de sintomas dissociativos do que os encontrados em crianças mais velhas e pertencentes ao sexo masculino. Segundo estes mesmos autores, mães tendem a conferir notas superiores à meninos do que à meninas.

Apesar da alta confiabilidade e sucesso nos resultados obtidos com o uso exclusivo do questionário parental, a entrevista pessoal com a criança passou a ser considerada indispensável à confirmação diagnóstica e, ao final da década de 90 e início dos anos 2000, a ficha de auto avaliação infantil, CDES, foi desenvolvida e aliada ao estudo (PUTNAM, 1997).

Experiências dissociativas infantis e sintomas pós-traumáticos e de falsa escala de comportamento dissociativo são avaliados no questionário infantil, onde as diferentes questões expostas no questionário, conectam-se respectivamente à determinados padrões comportamentais, assegurando confiabilidade aos resultados apresentados (PUTNAM, 1997). As propriedades psicométricas infantis, no entanto, não são avaliadas neste método (PUTNAM, 1997).

Neste questionário, os dois primeiros itens (A. e B.) são itens de prática, com a qual o entrevistador pode treinar a criança sobre como a medida funciona e certificar-se de que a criança entende o que está sendo solicitado e o que as respostas significam (PUTNAM, 1997). O entrevistador deve dizer algo como: "Vou lhe dar alguns exemplos sobre comportamentos e depois disso, você deve escolher qual dos dois meninos/meninas exemplificados é mais parecido com você e o quão parecido vocês são (pouco ou muito)" (PUTNAM, 1997).

Putnam, (1997) orienta que após a exemplificação, realizada com os itens A. e B. e certificação de que a criança compreende a tarefa solicitada, o entrevistador deve prosseguir com a exemplificação hipotética dos demais itens até que a criança tenha respondido a todas as alternativas possíveis.

Putnam (1997) acrescenta ainda que o entrevistador deve manter um nível de linguagem que seja de fácil compreensão à criança entrevistada, bem como manter a mesma entonação em ambas as frases que compõem cada item, à exceção dos itens de número 20, 28 e 36, os quais correspondem à falsa escala de trauma; para esses itens, o tom de voz deve puxar para a resposta menos socialmente desejável.

Para cada resposta do questionário, a pontuação varia entre zero (0) e três (3). Para calcular a pontuação total para resultados de Síndrome Pós Traumática, foram combinadas as pontuações de todas as respostas, exceto os itens 20, 28, e 36. A pontuação total de quarenta e três (43) foi o ponto de corte derivado do estudo original de Putnam (1997), e o subsequente uso clínico da medida sugeriu que este é um ponto de corte válido. Total em meados dos trinta pontos (30) pareceu estar relacionado a sintomas subliminares de Transtorno de Estresse Pós Traumático (PUTNAM, 1997).

Para calcular a pontuação total para resultados de Transtornos Dissociativos, combinaram-se as pontuações dos itens 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 33 e 34. A pontuação total de vinte e quatro (24) ou mais foi o ponto de corte derivado do estudo original, e o subsequente uso clínico da medida sugeriu que este é um ponto de corte válido (PUTNAM, 1997).

Por fim, o elaborador do questionário de Experiências Infantis, Putnam (1997), adverte que a somatória de uma pontuação de sete (7) ou superior para as questões 20, 28 e 36 sugere que as demais respostas não são válidas, uma vez que estes itens delatam uma falsa escala de trauma, anulando a veracidade das demais respostas obtidas no questionário infantil.

Putnam (1997) afirma também que o instrumento utilizado na entrevista com infantes apresenta múltiplas possibilidades de utilização, podendo ser utilizado rotineiramente em avaliações clínicas ou ainda, aliado a outros questionários. Quando utilizado em avaliação conjunta com outros questionários, no entanto, deve atentar-se à coleta de informações com acompanhantes os quais conhecem a criança razoavelmente bem e, caso não haja contato entre

criança/cuidador durante a noite, a resposta aos itens dezessete (17) e dezoito (18) devem ser ignoradas (PUTNAM, 1997).

Putnam (1997) também nota o fato de que quando aplicado sequencialmente, crianças que não apresentam transtornos dissociativos tendem a aumentar sua pontuação entre um (1) e três (3) pontos uma vez que, familiarizados com as perguntas, infantes tendem a tornarem-se mais atentos a sinais comportamentais que não haviam sido previamente notados. Embora evidências ainda sejam limitadas, Putnam (1997) também alerta para o fato de que o questionário parental, *Children Dissociative Checklist*, CDC, garanta indicações razoáveis de melhoras ao longo do processo de tratamento infantil. O autor ressalta, no entanto, que assim como em qualquer pesquisa de caráter avaliativo-observacional, comportamentos de ambos, entrevistados e aplicadores podem variar afetando a variância do Estudo e que, portanto, pesquisadores devem se manter a parte de profundas ligações com o público alvo da pesquisa.

Neste âmbito, e tendo-se referido a fatores de risco quer sejam individuais ou ambientais, caracterizados como variáveis determinantes ao desenvolvimento infantil e atentando aos efeitos negativos destes riscos, bloqueadores do processo evolutivo, acentua-se a importância da avaliação do estresse no contexto hospitalar, pois uma vez persistentes em frequência ou intensidade, tais fatores estressantes acarretarão em agravamento e/ou cronificação dos fatores de estresse (MASCELLA, 2011).

Tais fatores permitem justificar o emprego do modelo de avaliação a ser adotado neste estudo, o qual é largamente empregado na avaliação de diversos tipos de quadros clínicos ao redor do mundo e o qual leva em consideração a compreensão do momento evolutivo infantil nas suas diversas áreas de desenvolvimento, bem como suas inter-relações com o ambiente hospitalar e familiar nos quais a mesma encontra-se inserida.

5.1 Enfermagem Hospitalar e Pediátrica

A palavra hospital vem do latim “hospes”, que significa hóspede, deu origem a “hospitalis” e “hospitium” que designavam o lugar onde se hospedavam na Antiguidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos (CAMPOS, 1995).

Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como uma prática de cristianismo. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre e a tecnologia médica disponível somente minorava o sofrimento (CAMPOS, 1995).

Segundo Angerami (2004), tendo como base as novas necessidades impostas pela revolução industrial, hospitais tornaram-se espaços de cura. Na contemporaneidade, o hospital é “uma instituição de atendimento à saúde que tem uma finalidade específica a qual exige dos profissionais um conhecimento específico, para sua atuação junto aos que precisam de assistência no processo diagnóstico-terapêutico” (COLLET, 2002).

As crianças da América colonial vieram ao mundo numa época de muitos riscos para sua saúde e sobrevivência. Epidemias de origem, controle e tratamento desconhecidos eram constantes e médicos, escassos. Os livros que ofereciam informações sobre o cuidado à criança, quando disponíveis, eram utilizados apenas por uma minoria pertencente a famílias abastadas, enquanto o tratamento da maioria era baseado em uma mistura de remédio, magia e religião (WONG, 1999).

A primeira enfermaria infantil, segundo De Conti (1996), foi criada no século XIX e seu ambiente era bastante próximo do ambiente doméstico e a atenção ao perigo da transmissão de doenças infecciosas, era mínimo. Com o advento da Revolução Industrial, no século XIX, as consequências das doenças da infância, das lesões traumáticas, dos efeitos do trabalho infantil, da pobreza e da negligência tornaram-se amplamente conhecidas e assim, a melhoria da assistência infantil passou a apresentar maior importância.

A medicina infantil foi tomada como área de estudo, na última metade dos anos 1800, sob a influência do médico prussiano Abraham Jacobi (1830-1919), o qual por seu pioneirismo na área foi nomeado com o título de *Pai da Pediatria* (WONG, 1999).

No Brasil, em termos de serviços de saúde, as primeiras preocupações com o atendimento à criança datam de 1920; mesma época em que foram também regulamentadas a licença à gestação, à puérpera, à proibição do trabalho fabril para menores de doze anos e à necessidade de atender as crianças com risco de mortalidade infantil (ZIONI, 1990).

No entanto, a família só começou a participar do cuidado à criança hospitalizada a partir do início da década de 90 quando houve a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual resgata o direito da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, favorecendo a melhor adaptação à permanência do menor no ambiente hospitalar (WONG, 1999).

A partir destas contribuições, desenvolveram-se diferentes perspectivas de como auxiliar a criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica permitindo a transformação da assistência à saúde da criança de um processo de exclusão do infante ao modelo vigente, o qual envolve a família na hospitalização, promoção da saúde e prevenção de doenças (COLLET e OLIVEIRA, 2002).

A internação de uma criança é um dos momentos mais críticos na hospitalização. A hospitalização é considerada uma experiência comumente estressante para a criança e seus pais, na maioria das vezes impondo uma ruptura nos vínculos afetivos da criança com sua família e com o próprio ambiente em que vive (SABATES e BORBA, 1999).

De acordo com Sabates e Borba (1999), a criança também pode perceber a hospitalização como um abandono por parte dos pais ou uma punição pelos seus erros. Além disso, a presença medos e fantasias relacionados ao hospital, e fantasias de morte ou cronicidade, geram muita ansiedade e angústia que muitas vezes é causada pela falta de informação adequada, falta de prognóstico ou de tratamento; sentimentos estes também comumente encontrados nos pais (SABATES e BORBA, 1999).

Por outro lado, a presença dos pais ou responsáveis não só estreita os laços da criança com os mesmos como também reduz o estresse causado pela situação e prepara ambos, menores e seus responsáveis, para a continuidade do tratamento quando em domicílio (SABATES e BORBA, 1999).

Como resposta a essa situação, a probabilidade de a criança manifestar reações emocionais como comportamento regressivo, é massivamente reduzida (SABATES e BORBA, 1999). Além disso, a implementação de uma prática que inclua a família no contexto hospitalar, também inclui o profissional de saúde e exige do mesmo que ele consiga captar as nuances da experiência da família, ajudando-os a desconstruir a imagem de que o cuidado deve ser realizado exclusivamente com os indivíduos e não com o grupo familiar (REIS e FIGUEIRA, 2001).

Quando se começa a compreender a complexidade e peculiaridades do atendimento infantil, percebe-se também a importância de se ter uma visão integral do ser humano, de vê-lo como uma totalidade. Segundo Ribeiro (2012) “Nem só corpo, nem só mente, mas o homem inteiro”.

Reis e Figueira (2001) afirmam que existe uma queixa relacionada com a displicência à materialização de dado pensamento; quando uma criança é hospitalizada, quem vai ao encontro da instituição não é a criança, mas seus responsáveis. Nesse comportamento se destaca a percepção dos pais e, neste caso, o profissional deve estar interessado em como isso se relaciona com outros fatores dessa totalidade que está de fundo, assim, o mesmo não buscará uma mera causa linear para o problema (REIS e FIGUEIRA, 2001).

Ter a visão de que o ser humano é um ser integral e, portanto contextualizado, faz com que os profissionais envolvidos no tratamento infantil, estejamos interessados em como os contextos doméstico, escolar, social e quaisquer outros, envolvidos direta e/ou indiretamente na sintomatologia apresentada pela criança (RIBEIRO, 2012).

Outro aspecto positivo encontrado na visão holística do ser humano é que a sintomatologia apresentada deixa de ser o foco principal. O que significa, segundo Ribeiro (2012), que não iremos perseguir tal sintomatologia, ou seja, a atenção ao sintoma apresentado não ocupará a totalidade do tempo reservado ao tratamento. A visão holística do ser faz com que o profissional creia e aja como se todo o apresentado pela criança faz parte de sua totalidade e individualidade.

Durante o período de hospitalização, onde vemos a criança adoentada em campo, algumas perguntas citadas por Ribeiro (2012) parecem pertinentes: “Por que essa criança age assim nesse contexto? Que expectativas os pais têm em relação a essa criança? Que elementos impedem a criança de construir outras formas de lidar com suas questões?”.

Como referido por Polster e Polster (2001) “nossas reações na relação com o cliente dizem algo sobre ele e sobre nós, e abrangem grande parte dos dados vitais da experiência da terapia”. Portanto, ser receptivo às singularidades individuais abrange deixar de lado nossos próprios conceitos, julgamentos, crenças e diagnósticos (POLSTER e POLSTER, 2001). Além de que, o reconhecimento e valorização da singularidade dos indivíduos, possibilita a compreensão dos mesmos a partir do que é exprimido por eles (POLSTER e POLSTER, 2001).

Logo, a principal função e preocupação do profissional enfermeiro durante o período referente ao acompanhamento infantil no contexto hospitalar, passa pelo esforço em entender a criança que inicia seu acompanhamento clínico, posicionando-se de maneira livre de pré-conceitos, ou por melhor dizer, tendo livremente atestado seus próprios pré-conceitos e pondo-se em uma posição não-julgadora (POLSTER e POLSTER, 2001).

O profissional enfermeiro em sua formação traz consigo não somente a conceituação, mas a consciência da relevância da observação não somente das dificuldades que a criança e sua família apresentam, mas também, e principalmente, de suas potencialidades (RIBEIRO, 2012). Tal observação e consciência origina ação, oferecendo meios viáveis para a conscientização e implementação de propostas que ajudarão clientes e familiares durante o processo terapêutico enquanto na instituição hospitalar e depois, quando em casa (RIBEIRO, 2012).

Tal posicionamento é necessário uma vez que a consciência acerca da cura das enfermidades da criança e o êxito do seu tratamento não dependem exclusivamente do ambiente hospitalar, do nível científico do pediatra, de um cuidadoso exame físico ou de uma perfeita prescrição médica. O trabalho da equipe de enfermagem é fator indispensável. Além disso, a conduta integrada e co-responsável - médico/equipe de enfermagem/família - é de valor inestimável na tarefa de tratar e curar as crianças que chegam a necessitar de atendimento hospitalar (COLLET e OLIVEIRA, 2002).

Levando-se em conta a importância de tornar o ambiente acolhedor para pais/responsáveis e crianças, o profissional enfermeiro adquire o papel de criar e fortalecer laços afetivos, com o intuito de aproximar a família e minimizar os efeitos negativos referentes ao internamento (REIS e FIGUEIRA, 2001).

5.2 Enfermagem & Psicologia

No início do século XX, principalmente em suas três primeiras décadas (1900-1930), a psicologia se disseminou como ciência e se difundiu por áreas tais como a medicina, educação e direito. No Brasil, além destas áreas, a psicologia também estabeleceu relações com a Enfermagem (CASTIEL, 2007).

As mudanças políticas, sociais e econômicas do início do século também ocasionaram o aumento da população nos centros urbanos, gerando grandes desafios às demandas sociais (CASTIEL, 2007).

Tais mudanças atingiram também o âmbito educacional na tentativa de resolução às demandas geradas pelo novo cenário nacional. Reformas visavam e propiciaram o incentivo à formação de profissionais tendo em vista a expansão e modernização do ensino público (CASTIEL, 2007). Tal fato foi marcado pela criação de escolas de formação de profissionais especializados a exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (UMG) e a criação das primeiras escolas de Enfermagem do Brasil (CASTIEL, 2007).

A precariedade sanitária e crescentes índices de mortalidade da época impulsionaram o desenvolvimento da área de saúde despertaram em intelectuais o entendimento de que a mais conveniente, eficiente e duradoura solução para indivíduos e para o desenvolvimento do país, somente seria atingida e assegurada a logo prazo através do investimento na área de saúde de modos físico e mental (CASTIEL, 2007).

Como resposta ao pensamento intelectual, foram criadas as Escolas de Enfermagem Alfredo Pinto (1921) e Escola de Enfermagem Ana Nery (1926) (CASTIEL, 2007). Aquela funcionava fisicamente ao lado da Colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro e de acordo com relatório desenvolvido pelo núcleo de Psicologia da Colônia, datado de 1928, a Escola focava no ensino da psicologia experimental, psicopatologia e profilaxia mental enquanto que o ensino da disciplina de Psicologia na Escola de Enfermagem Ana Nery, focava no ensino da higiene e saúde pública (CASTIEL, 2007).

Pesquisadores relatam ainda que os ensinamentos da Psicologia atrelados ao ensino da Antropologia Biologia e Pedagogia marcaram o início da dita 'Enfermagem moderna' e fizeram da Escola de Enfermagem Ana Nery, escola modelo para o ensino da profissão no país (CASTIEL, 2007).

O surgimento de Escolas de Enfermagem e a sistematização do ensino características das mesmas foi fator essencial para diferenciação da profissão Enfermagem da assistência social voluntária (CASTIEL, 2007).

Atualmente, a contribuição da Psicologia no contexto da saúde, especialmente na esfera hospitalar, tem sido extraordinária para resgatar o ser humano para além da dimensão físico-biológica e posicioná-lo num contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquicas, social e espiritual (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

Dentre outras mudanças que tem sido influenciadoras no ensino da Enfermagem, a substituição do modelo biomédico pelo ensino da visão holística - no qual as áreas física, psicológica e social são tomadas em consideração - permite a construção de novos conceitos sobre saúde, cuidado e o papel do profissional de saúde, passando a focar no bem estar do indivíduo ao invés de manter o foco na falta de saúde do mesmo (ANGERAMI, 2004).

Fundamentada na visão humanística com especial atenção aos pacientes e familiares, esta nova psicologia hospitalar considera o ser humano como único em suas condições pessoais, com seus direitos humanos definidos e respeitados (ANGERAMI, 2004).

Apesar do desenvolvimento e reconhecimento da Enfermagem como ciência, o trabalho em conjunto com outras ciências continua, irrefutavelmente, enriquecedor e favorece não somente a melhoria na prática de Enfermagem mas também, o acompanhamento dos clientes alcançados por esta prática. A importância desta integração psicologia-áreas de saúde é reforçada por Corradi-Webster e Carvalho (2011) na assertiva de que:

No último século, a Psicologia vem dialogando com as ciências da saúde a fim de ampliar a visão do ser humano, considerando-o para além de seu corpo biológico. A visão biomédica de saúde atual, com forte foco na prevenção de doenças, pode produzir sentimentos de culpa, vergonha, paranóia e medo nos usuários, e sentimentos de impotência e frustração nos profissionais. Estes sentimentos podem afastar usuários de profissionais, tornando ineficazes as ações preventivas. A fim de garantir a integralidade da assistência, os profissionais e os serviços não podem trabalhar sozinhos. Neste cenário a Enfermagem consolidou-se como uma das profissões mais importantes na prestação do cuidado e vem trabalhando com quatro objetivos: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e facilitar o enfrentamento da incapacitação e da doença trabalhando com as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais.

É evidente, portanto, o modo como a Enfermagem vem repensando sua atuação, refletindo suas práticas e, com sensibilidade social, modificando, ampliando e aperfeiçoando suas práticas de cuidado a fim de que o mesmo responda de forma satisfatória às demandas exigidas pelo atual momento histórico, social e cultural, tendo como foco as interações sociais cliente-profissional,

profissional-profissional e cliente e profissional-sociedade. E é isto também o que afirmam Corradi-Webster e Carvalho (2011):

Nos cursos de graduação de Enfermagem, a Psicologia pode auxiliar na reflexão sobre o processo saúde-doença, na compreensão do homem como ser integral, na discussão sobre os limites da atuação profissional e na problematização de discursos científicos hegemônicos, buscando a construção de uma relação de vínculo profissional-usuário que gere novos discursos e, com isto, construa novas práticas profissionais e de saúde.

O exposto permite-nos perceber o enfermeiro, como um profissional da promoção da saúde, que atua tanto na prevenção como no tratamento visando o relacionamento humano saudável num trabalho com as comunidades e com a equipe de saúde, envolvendo o indivíduo e as áreas sociais e da Saúde Pública, buscando sempre o bem-estar individual e social, utilizando também informações das áreas da Medicina, Psiquiatria, Serviço Social, Nutrição e outras áreas afins.

5.3 Relevância da Avaliação Psicológica em Pediatria

A relação entre idade e incidência de doenças é muito evidente. Praticamente todos os danos à saúde mostram variação de incidência em função da idade (GOMES, 2013).

O Brasil possui uma população de 190 milhões de pessoas, dos quais 45 milhões têm menos de 14 anos de idade, o equivalente a quase um terço de toda a população de crianças da América Latina e do Caribe. São dezenas de milhões de indivíduos que possuem direitos e deveres e precisam de amparo no processo de desenvolvimento de seus potenciais de maneira eficaz e abrangente (IBGE Censo, 2013).

A abordagem genética que investiga a interação entre genes e ambiente assume que, doenças psiquiátricas são causadas por fatores genéticos, os quais, desencadeados por fatores ambientais, provocariam o surgimento de doenças psiquiátricas (KAPCZINSKI, 2011). Assim, e de acordo com Gomes (2013), as condições crônico-degenerativas tendem, também, a ter seu curso clínico prolongado de acordo com os progressos clínicos do tratamento. Desta maneira, com o aumento da duração média das doenças de base para internação hospitalar, eleva-se a prevalência das condições dissociativas, dentre as quais, inclui-se a depressão.

Assim sendo, a necessidade de realização de avaliação psicológica o mais cedo possível possibilitando prosseguimento à atenção psicológica a esses primeiros anos é reiterada ao passo que o período evolutivo infantil é não somente um período de vulnerabilidade às mais diversas alterações, mas também é um período essencial na formação da personalidade (CUNHA, 2008).

Prevê-se, portanto, que quanto melhor e mais holisticamente for atendida a criança, nos seus primeiros anos bem como quanto mais precoce sua avaliação e acompanhamento quanto do seu período de internação hospitalar, maior é a probabilidade de, futuramente, desempenhar seu desenvolvimento de maneira total e equilibrada (CUNHA et al., 2000).

Em dito isto, a primeira questão com a qual nos deparamos ao pensarmos no quesito avaliação psicológica é que existem diversos termos utilizados para nomear esse processo o que resulta no fato de que, por diversas vezes, estes termos são utilizados como sinônimos. No entanto, tal processo de escolhas de sinônimos é frequentemente influenciado por interpretações individuais e baseado na visão de mundo de cada indivíduo que tomou por missão o falar acerca do tema.

O sinônimo mais frequentemente associado à avaliação psicológica é psicodiagnóstico, o que segundo o dicionário Michaelis (2009) significa “conhecimento de sintomas psíquicos”, “determinação de capacidades”, “aptidões e tendências psicológicas, por meios clínicos e experimentais”. A utilização do termo teve início com Hermann Rorschach, pesquisador responsável pelo desenvolvimento do método de exploração da personalidade baseado em manchas de tinta (teste Rorschach), e foi posteriormente expandido por Dupré, que passou a classificar os sintomas puramente psíquicos de uma doença tendo em vista a posterior conceituação diagnóstica (CUNHA, 2008).

O termo psicodiagnóstico é definido por Cunha (2008) como sendo uma “avaliação psicológica feita com propósitos clínicos que visa identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com o foco na existência ou não de psicopatologia”. O autor cita também que o psicodiagnóstico apresenta como característica intrínseca a ele, “a limitação do tempo e a utilização de procedimentos e testes psicológicos com o objetivo de avaliar o caso e prever seu possível curso, comunicando os resultados, na base dos quais são propostas soluções, se for o caso”. Portanto, de acordo com Cunha (2008), “enquanto os psicólogos em geral realizam avaliações, o psicólogo clínico realiza psicodiagnóstico”.

Ainda com a finalidade de diferenciar psicodiagnóstico e avaliação psicológica, Poelman (2012) estabelece que aquela, é realizada em contexto clínico enquanto esta, em contextos como treinamentos, processos seletivos profissionais e contextos escolares.

Em tendo tais termos elucidados e exemplificados, persiste ainda a necessidade de diferenciação entre psicodiagnóstico e diagnóstico em psicologia e Cunha (2008), os define e categoriza de modo simples e sucinto. Segundo os autores, a confiabilidade do psicodiagnóstico se baseia na utilização de testes, os quais por sua vez, averiguam a existência sintomática sempre partindo de hipóteses que poderão ser confirmadas ou vetadas, interpretando-as e categorizando-as quando existentes. O diagnóstico psicológico por sua vez, não necessariamente se vale de testes, e não objetiva a catalogação do sujeito. Segundo Augras (2009), o dito diagnóstico psicológico é:

Algo mais abrangente que leva em consideração toda a existência da pessoa, não apenas o que ela tem em comum com outros a fim de categorizá-la; ele envolve a identificação e explicitação da singularidade do indivíduo no seu relacionamento com o ambiente, em determinado momento.

Logo, sabendo-se que o psicodiagnóstico caracteriza-se pela operacionalização de finalidades bem definidas, seria coeso reconhecer esta prática como uma forma de realização de avaliação psicológica, ficando a critério do profissional responsável a adoção da mesma de acordo com sua preferência e reconhecimento do método como sendo a opção mais apropriada para o contexto no qual ele se dá (CUNHA, 2008).

Uma vez apresentada à definição de psicodiagnóstico e tendo-se esclarecida a sua conexão à prática da dita avaliação psicológica, bem como seu distanciamento do estabelecido como diagnóstico psicológico, Michaellis (2009) define também o termo avaliação, tornando ainda mais compreensível a relevância da avaliação psicológica em pediatria. Segundo o autor, avaliação consiste de: “Ato de avaliar, apreciar, estimar”. E é exatamente do que consiste a avaliação infantil, da apreciação pela maneira de viver apresentada pelos infantes avaliados. Ainda, outro fator pelo qual o termo “avaliação psicológica” seria mais apropriado ao aqui instituído e realizado é o fato de que o termo psicodiagnóstico apresenta-se, historicamente, carregado de muitos estigmas (CUNHA, 2008).

No final do século XIX e início do século XX a avaliação psicológica se centrava na aplicação de testes; “o pressuposto era o de que se conseguiria medir características psíquicas

com a mesma exatidão e objetividade com que se mediam características físicas” (PIMENTEL, 2003).

Com o passar do tempo, o modelo de avaliação psicológica, composto basicamente por testes passou a ser discutido; segundo Pimentel (2003) “os instrumentos não correspondiam à exatidão e ao rigor que eles esperavam”, além disso, novas teorias fizeram com que responsáveis pela aplicação de avaliações psicológicas mudassem de maneira significativa suas práticas profissionais (PIMENTEL, 2003).

Diversas vertentes críticas surgiram e influenciaram a forma na qual a avaliação psicológica era realizada, principalmente sob influências humanistas, fazendo com que o papel do psicólogo neste processo fosse amplamente criticado (PIMENTEL, 2003).

Ainda hoje, a forma como a avaliação psicológica e os instrumentos diagnósticos são utilizados, favorecem os aspectos psicopatológicos, contribuindo para reforçar o lugar do cliente, como objeto a ser estudado, fomentando a confusão entre avaliação psicológica e testes psicológicos (PIMENTEL, 2003). Tal prática, no entanto, é incompatível com a proposta de avaliação psicológica sugerida pelo Conselho Federal de Psicologia, a qual, publicada em 2003, ressalta que tal avaliação deve ser entendida como “um processo que leva em conta fatores históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais” e destaca ainda que “uma avaliação psicológica deve ser uma ferramenta de avaliação, enquanto os aspectos da testagem psicológica devem ser utilizados para obtenção de dados”.

Boa parte do público que opta pela realização de avaliações psicológicas é composta por profissionais que atendem ou pretendem atender crianças. Os instrumentos são aparentemente úteis para tais profissionais uma vez que “dão credibilidade para suas avaliações”, “os ajudam a acessar a criança em menos tempo do que acessariam exclusivamente via contato”, e “são valorizados pelos pais, escola e outros profissionais” (PIMENTEL, 2003). Pimentel (2003), afirma ainda que testes passam mais credibilidade em uma avaliação porque o modelo médico deste sistema ainda é valorizado.

Compartilhando da visão de Oaklander (1980), pode-se ressaltar ainda, que tais testes podem ser úteis em alguns casos, principalmente no processo de avaliação psicológica, munindo o profissional de saúde que o utiliza, de mais recursos a fim de trabalhar com pais, escola e ainda,

outros profissionais podendo ser considerado uma ferramenta positiva quando utilizado com um propósito coerente.

O apresentado por Oaklander é retificado por Pimentel (2003), o qual afirma que a utilização de testes psicológicos proporciona a facilitação de diálogo com os pais, instituições de ensino e outros profissionais. O autor aponta ainda que “levar em consideração a atenção à tais relações no atendimento infantil, é essencial”.

A utilização de testes, no entanto, não é a única possibilidade para o estabelecimento de um diálogo ou de aproximação com os envolvidos no processo hospitalar do infante, porém, é sabido que em alguns casos isso tem acontecido dando margem a reflexões (OAKLANDER, 1980).

Oaklander (1980) explana que “o uso dos testes como instrumento diagnóstico pode ser questionado, mas que seu uso como meio expressivo, não”. O autor também enfatiza que “ler as notas interpretativas dos manuais que acompanham os testes é uma técnica muito proveitosa, pois possibilita que a própria criança possa confirmar ou não determinados aspectos”. O autor assegura ainda que o “fato da criança poder afirmar ou não determinadas características a seu respeito, fornece a ela força e auto sustentação”.

Ainda acerca da utilização de testes, Pimentel (2003) ressalta que a utilização deste recurso deve se dar apenas “se os mesmos forem oportunos para elucidar as necessidades do cliente em primeiro plano, seguindo as do pesquisador e as da instituição”, caso contrário “serão apenas técnicas que servem ao profissional e fazem do cliente um objeto”.

Pimentel (2003) ao relatar a experiência de alguns profissionais com a prática do diagnóstico expõe a perceptível variedade de recursos, bem como as diferentes formas de realização diagnóstica, dentre as quais, a utilização de testes DSM V. Segundo o autor, isso apenas revela a carência de recursos de abordagem ao mesmo tempo em que serve de alerta ao fato de que, enquanto tudo o que houver for apenas a resistência ao objetivista ou incoerente, tudo o que continuará existindo serão adequações de ferramentas já vigentes.

De acordo com Angerami (2004), a psicologia hospitalar visa “minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, pela doença e sua conseqüente desestabilização emocional, tanto do paciente como de seus familiares”. Quando se trata de uma criança o desafio é ainda maior,

uma vez que para infantes o impacto da internação hospitalar bem como a assimilação da situação são processos mais complexos, envolvendo medo, angústia, ansiedade e fantasias muitas vezes causadas pela falta de informação adequada, falta de prognóstico e/ou de tratamento (ANGERAMI, 2004). Isso, porque o hospital é um ambiente totalmente desconhecido para a criança o qual por vezes, ameaça o comportamento natural do cotidiano infantil.

O menor hospitalizado precisa ter um acompanhamento psicológico profissional que pondere acerca do impacto emocional do adoecimento e da internação do indivíduo infantil, que deve ser analisada e ponderada a partir da ótica da própria criança e da família/acompanhantes envolvidos, uma vez que a hospitalização favorece o isolamento da criança de tudo o quanto ela conhece, gerando inúmeros e diversos sentimentos difíceis de conter (NIGRO, 2004).

Segundo Sousa et al (2008), quando uma criança é submetida à internação, várias implicações psicológicas podem ocorrer: depressão, ansiedade, negação da doença, regressão, baixa estima, solidão, reações de culpa, sensação de punição etc. Tais implicações variam subjetivamente de indivíduo para indivíduo podendo também ser influenciadas por situações sócio familiares, econômicas e também da gravidade do diagnóstico. Frente a tantos fatores influenciadores, o autor afirma que a psicologia hospitalar atua respeitando as limitações decorrentes da doença e atenta à individualidade dos seres, a fim de suprir as necessidades orgânicas, mas também e, sobretudo, as que se referem ao psicológico e educacional da criança.

Tais sentimentos vivenciados pela criança são intensificados quando familiares e/ou acompanhantes privam a mesma do conhecimento acerca de sua real condição, na tentativa de poupá-las, mais também, na tentativa de poupar, inconscientemente, uma parte infantil de si mesmos (ABERASTURY, 1984). No entanto, Aberastury (1984, pg. 129) afirma ainda que:

A psicanálise de crianças, a observação direta, a observação indireta através de grupos de pais e mães, mostraram que as crianças percebem fatos que o adulto lhes oculta. Isto ocorre com crianças muito pequenas e com crianças maiores. Muitas vezes o adulto não percebe porque a criança nem sempre o expressa através de palavras. Em troca recorre à linguagem mímica ou não verbal porque não dispõe ainda de outra. Entretanto, os maiores, que em sua atividade cotidiana falam fluentemente, também apelam, às vezes, para jogos, desenhos ou mímicas para expressar fantasias dolorosas.

Frequentemente a hospitalização proporciona transtornos independentemente da fase da vida em que o indivíduo se encontra, sendo potencialmente traumática na infância, com danos à saúde mental que perduram mesmo após a alta hospitalar (MITRE e GOMES, 2004). Quando

uma criança entra no processo de internação seu desenvolvimento bem como sua visão de mundo, continuam a ser construídos; no entanto, uma série de alterações passa a afetar a rotina e vida da criança e de sua família: a criança é afastada de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e submetida a um confronto com a dor e a limitação física (MITRE e GOMES, 2004).

O acompanhamento psicológico faz com que o paciente se perceba melhor e participe de modo efetivo e produtivo na sua recuperação e no uso de seu potencial, colaborando com os profissionais que o atendem e otimizando a funcionalidade do tratamento (CAMPOS, 1995).

5.4 Do Diagnóstico de transtornos Psicológicos em crianças

Ao passo que exploramos a fundo a temática dos transtornos dissociativos, nos deparamos com a existência de diversas linhas teóricas acerca do assunto. Ao analisarmos a temática do transtorno na fase infantil, a diversidade de linhas teóricas é igualmente extensa, apresentando, no entanto a especificidade de que nesta, o reconhecimento diagnóstico se dá mais tardiamente que me adultos (DRUGG, 2010). Neste sentido, Drugg (2010) soa apropriado ao afirmar que “provavelmente, o mito da infância como um tempo inocente e feliz, encobriu o reconhecimento do sofrimento psíquico na criança”.

Drugg (2010) salienta ainda o fato de que transtornos próprios da infância apenas foram reconhecidos na década de 60. A autora aponta ainda que o reconhecimento apresentou também três hipóteses atestadas por autores da época e legitimadas por outros da atualidade: “1º que os sintomas depressivos da criança diferem dos do adulto; 2º que há sintomas específicos às várias faixas etárias da infância; 3º que os sintomas depressivos da criança podem aparecer mascarados por outros sintomas ou síndromes”.

A autora Marcelli (1998) em estudo comparativo de transtornos psicológicos infantis descreve a constatação da presença do que a autora reconhece como *hospitalismo*, sofrimento psicológico reconhecido em crianças hospitalizadas.

Este dito *hospitalismo* equipara-se ao sofrimento de crianças institucionalizadas durante o período de guerra - os quais foram estudados e descritos por René Spitz, autora de um dos primeiros estudos sobre o transtorno psicológico de depressão infantil durante a Segunda Guerra

Mundial - as quais tendo sido separadas dos pais com quem tinha um bom vínculo, e apesar de terem supridas suas necessidades de alimento, agasalho e higiene, eram privadas de amor (MARCELLI, 1998). Em ambos os casos, crianças observadas apresentaram retração e indiferença, significativa regressão no desenvolvimento, além de inúmeros sintomas somáticos (MARCELLI, 1998).

Quando uma pessoa está internada, vários modos de manifestações e conduta se expressam. Por isso além do atendimento cirúrgico, medicamentoso e das diferentes terapias, há também a necessidade de acompanhamento psicológico, tanto ao paciente como a seus familiares (CAMPOS, 1995).

Fu-i Lee et al (2008) durante análise de crianças no período de latência - entre os cinco e dez anos de idade- estabeleceram esta etapa evolutiva como sendo “um período de fortalecimento do ego e de desenvolvimento do superego” e, portanto, um período de maior suscetibilidade de desenvolvimento de doenças de caráter psicológico.

Para os autores, a transtornos mentais nesta faixa etária podem ser categorizados em três diferentes grupos: o primeiro, sentimental, refere-se ao período em que a criança demonstra ansiedade e desesperança; o segundo grupo, caracterizado por sintomas somáticos, ou seja, doenças psicossomáticas e sintomas ligados ao retardamento psicomotor e; o terceiro grupo, por sua vez, é caracterizado pela presença de profunda e persistente desmotivação, onde a criança se mostra indiferente e sem ânimo para concretização de suas atividades (FU-I LEE et all, 2008).

Durante o período etário de latência, crianças em sofrimento psíquico demonstram menos sintomas afetivos em comparação com crianças de outras faixas etárias (FU-I LEE et all, 2008). Os sintomas mais característicos nestes casos, de acordo com os autores do Estudo “Transtornos bipolares na infância e adolescência”, são alterações nos padrões alimentares e de sono, pranto e queixas, ansiedade e desânimo.

Fu-i Lee (2008) descrevem também que “no período de latência, há ainda a presença da baixa autoestima com relatos como: ‘sou ruim mesmo!’, ‘ninguém gosta de mim!’, juntamente dos sentimentos de culpa, por ‘tudo estar errado devido a minha existência, que seria melhor morrer!’”.

Porque as crianças dissociativas têm uma alta taxa de comorbidade, essas crianças continuam a ser diagnosticadas para transtornos mais populares ou mais amplamente conhecidos, tais como atenção e hiperatividade (TDAH), bipolar, psicose, transtorno de conduta, resultando em anos cumulativos de dor emocional, confusão de identidade, problemas de memória, trauma não resolvido, e tratamento ineficaz (WATERS, 2007).

Mais atualmente, transtornos dissociativos foram qualificados em quatro variedades descritivas, fator que pode ser de grande ajuda quanto do diagnóstico diferencial do transtorno (OTHMER, 2002). Tais variedades descritivas e suas respectivas características principais podem ser listadas como sendo: amnésia dissociativa, marcada por incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; fuga dissociativa, marcada por incapacidade em recordar o próprio passado e confusão acerca da identidade pessoal ou adoção (parcial ou completa) de uma nova identidade; transtorno dissociativo de identidade, marcado pela presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos e, transtorno de despersonalização, marcado por experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se desligado de si próprio, como se o indivíduo fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou do próprio corpo (OTHMER, 2002).

Mais comumente, a avaliação de um paciente com suspeita de um quadro dissociativo passa pelo desafio de se excluir condições médicas outras que por ventura possam justificar ou explicar a presença de perturbações das funções integradoras da consciência (amnésias, fugas, transe, despersonalizações) (PHILLIPS, 2001). Quando do diagnóstico diferencial na presença de sintomas dissociativos, algumas condições neurológicas também devem ser analisadas para fins de exclusão, tais como: acidente vascular encefálico, epilepsia do lobo temporal, esclerose múltipla, trauma cranioencefálico, seqüela de neurocirurgia, doenças neuropsiquiátricas e uso de substâncias tais como opiáceos, anfetaminas e alucinógenos (OTHMER, 2002).

Cabe ainda analisar se os sintomas apresentados podem ser de natureza voluntária e estão tão somente sendo simulados, ou se a sintomatologia é de natureza voluntária, mas motivação inconsciente, onde não há benefício externo, mas o desejo de estar “doente” (PHILLIPS, 2001). Deve-se lembrar, entretanto que, embora o diagnóstico de dissociação só possa ser realizado na

ausência de condição médica geral, uso de substância ou doença neurológica que explique os sintomas, o contrário não é verdade, ou seja, a presença de dissociação não exclui a presença dos anteriores (OTHMER, 2002). Além disso, a dissociação pode ocorrer no contexto de outros transtornos mentais, ou de maneira autônoma, como um transtorno mental independente (OTHMER, 2002).

Experiências traumáticas em fases precoces da vida, e a presença de estressores recentes, como problemas psicossociais, dilemas ou conflitos insolúveis, também têm sido implicadas na gênese do aparecimento de sintomas dissociativos, bem como na perpetuação destes na ausência de resolução dos estressores envolvidos (PHILLIPS, 2001). O convívio com outras pessoas que tiveram problemas neurológicos ou outras doenças médicas graves pode também predispor o surgimento de sintomas em pacientes sugestionáveis (PHILLIPS, 2001). O testemunho de experiências de transe de natureza social ou religiosa, ou mesmo a ocorrência recente de alguma doença somática podem exercer efeito semelhante (PHILLIPS, 2001).

História de abuso físico e/ou sexual também é comum nestes pacientes e a presença dos ditos ganhos secundários deve ser sempre averiguada, dos mais óbvios aos mais sutis, e é necessário julgamento clínico apurado para então se concluir sobre a natureza voluntária ou não dos sintomas (PHILLIPS, 2001).

Os pacientes com dissociação frequentemente oferecem histórias vagas, inconsistentes e pobres em detalhes. Muitas vezes apresentam discurso excessivamente impressionista, mas têm dificuldades de se concentrar em detalhes específicos da sua história. Neste caso, ou quando se sentem incompreendidos ou rejeitados, não é raro que apresentem os sintomas dos seus problemas, numa “demonstração” de sua doença (OTHMER, 2002).

Quanto à manifestação de sintomas, o transtorno dissociativo frequentemente tem início súbito (quadro agudo) e podem perdurar por horas ou dias e, mais raramente, meses a anos (quadro crônico) (OTHMER, 2002). Podem se apresentar como amnésia, fuga repentina, mudança de identidade, experiências de estar “fora” do próprio corpo ou ainda experiência de ter o corpo tomado por entidades (OTHMER, 2002). Nota-se, desta forma, que a suspeita de um sintoma dissociativo exige a elaboração minuciosa de uma anamnese biográfica além da história clínica de rotina, já que a identificação de traumas remotos, como abuso físico e sexual, associada

a fatores psicológicos estressores recentes ou dilemas emocionais insuperáveis podem auxiliar na compreensão da totalidade do quadro clínico (PHILLIPS, 2001).

Pacientes com dissociação frequentemente oferecem histórias vagas, inconsistentes, em que faltam detalhes factuais específicos. Muitas vezes apresentam discurso excessivamente impressionista, mas têm dificuldades de se concentrar em detalhes específicos da sua história. Apresentam labilidade emocional e são sugestionáveis. Nestas situações, ou quando se sentem incompreendidos ou rejeitados, não é raro apresentarem os sintomas dos seus problemas, numa “demonstração” de sua doença.

Drugg, (2010) relata que em relação a etiologia dos transtornos mentais, atualmente duas posições se destacam: uma suportiva às explicações psicodinâmicas, sustentadas pelas teorias psicanalíticas; outra, sustentada por explicações biológicas, amparadas pela neurociências, para a qual a transtornos mentais estão relacionadas a um desequilíbrios metabólico no cérebro. Há ainda estudos que apresentam fatores genéticos envolvidos em transtornos mentais.

DRUGG, 2010 relata como sendo essencial a investigação a respeito inabilidade em experimentar sentimentos através de experiências - fator comum a todos os pacientes dissociativos – além da investigação acerca das mudanças de humor desproporcionais ao estímulo, para o diagnóstico da depressão nesta faixa etária.

6 Resultados e discussão

Tabela 1 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

(continua)

Santa Casa de Misericórdia do Pará

Coleta	Código	Idade	Dias	Diagnóstico	Questionário Parental (CDC)	Questionário Infantil (CDES)			
						D	P.T.	TT	F.E.
27/06	#SC01	11	9	DRC	21	16	22	38	2
27/06	#SC02	10	57	DRC	21	23	21	45	6
27/06	#SC03	5	12	Artrite séptica	24	38	35	73	9
27/06	#SC04	11	6	Farmacodermia	21	42	10	52	9
28/06	#SC05	9	6	Papiloma laríngeo	4	17	18	35	9
28/06	#SC06	10	15	DRC	7	7	22	29	3
12/07	#SC07	9	5	GECA	14	21	13	34	7
18/07	#SC08	12	6	Síndrome Nefrítica	12	13	23	36	8
18/07	#SC09	10	6	Troca de Plivilate	13	17	6	23	6
18/07	#SC10	5	10	Prelonyte	4	5	17	22	6

Tabela 1 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

(continuação)

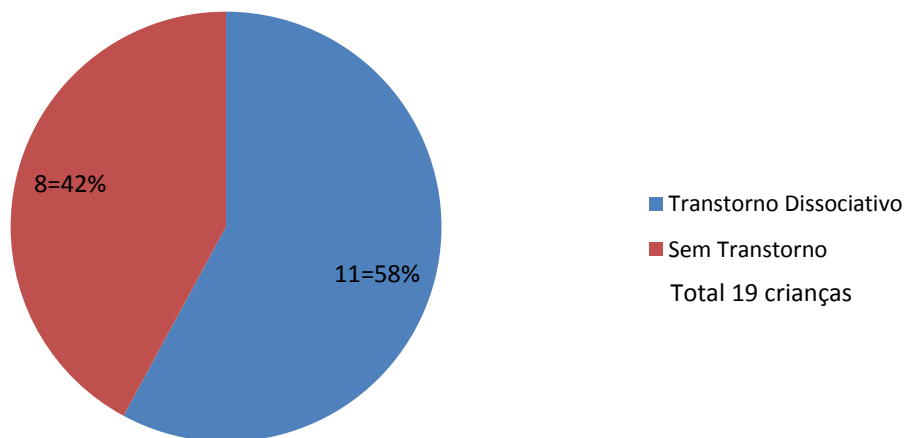
18/07	#SC11	8	5	Dor	23	29	24	53	3
18/07	#SC12	10	6	Síndrome Nefrítica	5	31	26	57	5
26/07	#SC13	5	6	DRC+Perf. fúngica	3	12	7	19	6
01/08	#SC14	11	7	AIJ	9	21	14	35	4
01/08	#SC15	11	7	DMTC	10	36	15	51	6
01/08	#SC16	11	6	Dermatomiosite	21	23	9	32	5
01/08	#SC17	11	5	Sem referência	12	30	6	36	4
01/08	#SC18	11	10	DRC	10	39	12	51	3
01/08	#SC19	11	8	Sepse+ Colelitíase	12	20	14	34	3

Legenda: D – Dissociação; P.T. – Pós-Trauma; TT - Total ; F.E. – Falsa Escala

Fonte: o Autor (2016). Coleta de dados realizada no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia/Pa.

Gráfico 1 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children Dissociative Checklist* (CDC) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2016.

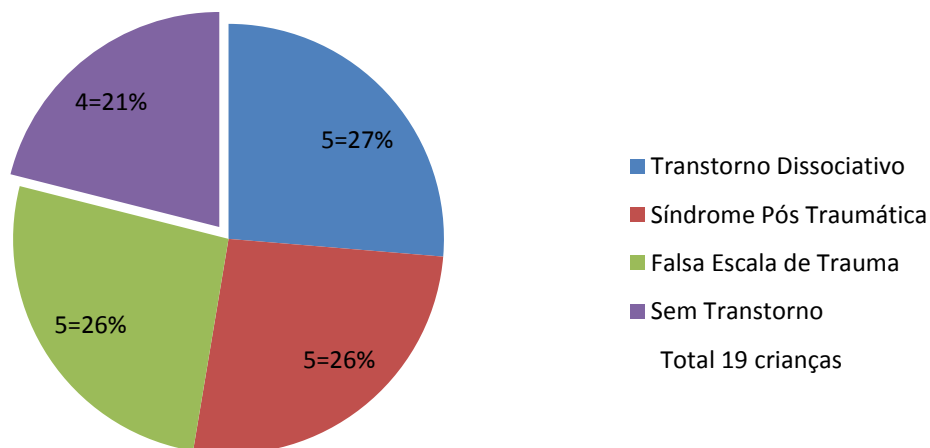
Santa Casa de Misericórdia do Pará



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Gráfico 2 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2016.

Santa Casa de Misericórdia do Pará



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Tabela 2 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas no Hospital Universitário João de BARROS Barreto, 2016.

(continua)

Hospital Universitário João de BARROS Barreto

Coleta	Código	Idade	Dias	Diagnóstico	Questionário Parental (CDC)	Questionário Infantil (CDES)			
						D	P.T.	TT	F.E.
23/06	#BB01	8	23	HIV	13	20	17	37	5
23/06	#BB02	9	5	Criptococose Cerebral	16	11	28	39	3
23/06	#BB03	7	5	Sem Referência	12	18	13	31	9
14/07	#BB04	7	6	Pneumonia	11	24	12	36	6
14/07	#BB05	7	5	Meningite Bacteriana	13	20	24	44	5
23/06	#BB06	9	23	Estafilococose	10	8	9	17	7
26/06	#BB07	6	6	Broncopneumo	2	7	13	20	6
28/06	#BB08	9	5	Meningite Bacteriana	19	14	22	36	1
04/07	#BB09	7	6	HIV+Pneumonia	23	22	24	46	5
18/07	#BB10	10	8	Acidente Ofídico	11	17	10	27	7
18/07	#BB11	10	5	HIV	11	15	10	25	7
26/07	#BB12	10	11	Broncopneumo	14	37	19	56	5

Tabela 2 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas no Hospital Universitário João de BARROS Barreto.

(continuação)

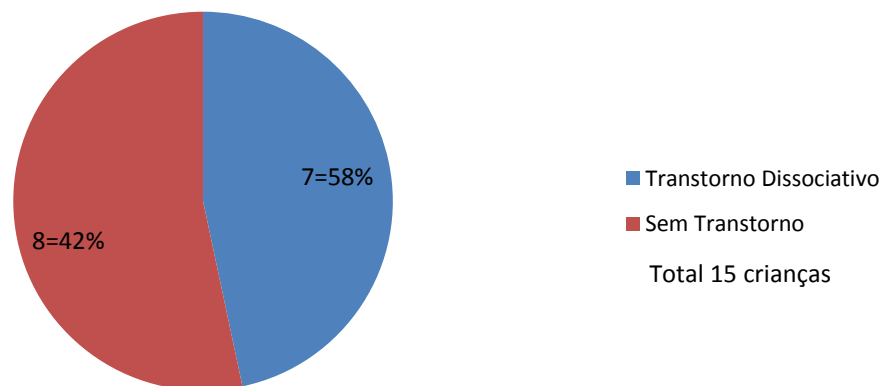
26/07	#BB13	6	6	Acidente Ofídico	11	11	28	39	8
22/08	#BB14	9		PNM+Derrame Pleural	6	22	28	50	5
22/08	#BB15	8		Pneumonia Bacteriana	11	20	9	29	6

Legenda: D – Dissociação; P.T. – Pós-Trauma; TT - Total ; F.E. – Falsa Escala

Fonte: o Autor (2016). Coleta de dados realizada no Hospital Universitário João de BARROS Barreto.

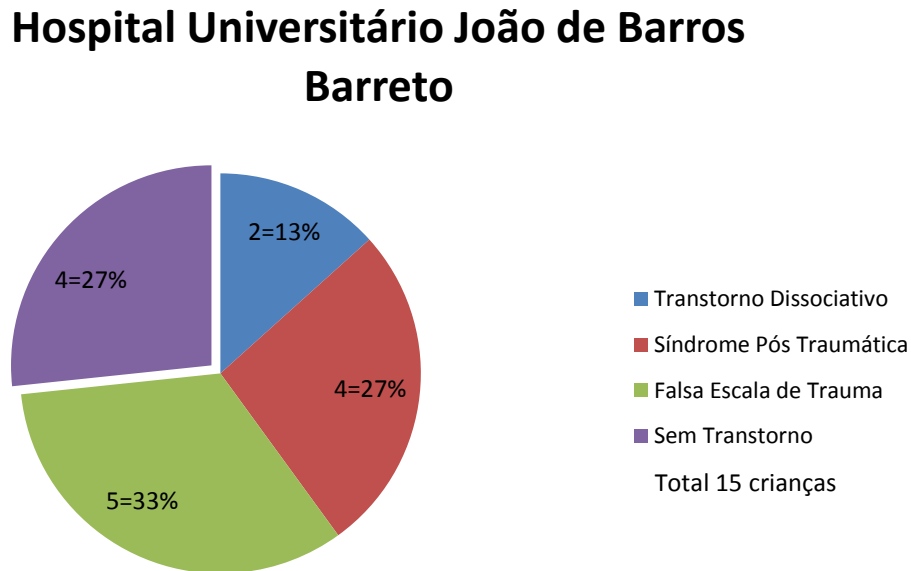
Gráfico 3 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children Dissociative Checklist* (CDC) no Hospital Universitário João de BARROS Barreto, 2016.

Hospital Universitário João de Barros Barreto



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Gráfico 4 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) no Hospital Universitário João de BARROS Barreto, 2016.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

O presente estudo realizou levantamento de dados exclusivamente com crianças que se encontravam hospitalizadas por um período superior a cinco (5) dias.

No decorrer do processo de análise de dados, constatou-se que a presença de Transtorno Dissociativo e Síndrome Pós-Traumática são diretamente proporcionais ao período de internação, tendo sido mais encontradas em crianças internalizadas por um período entre sete (7) e onze (11) dias, o que corrobora os achados de Angerami (2004), o qual afirma que após um período de hospitalização superior à cinco (5) dias, crianças apresentam mais tendência ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relevantes.

No que diz respeito à conexão entre idade e índice de presença de transtorno dissociativo e síndrome pós traumática, o presente estudo evidenciou que crianças entre sete (7) e onze (11) anos foram mais facilmente apontadas pelo questionário CDES como sendo os maiores predisponentes à ambas patologias, o que também confirma o dito por Angerami (2004), o qual lista 'faixa etária' como fator diretamente ligado à apresentação de implicações de cunho psicológico.

Falsas Escalas de Trauma não encontraram direta ligação com diagnósticos e/ou período de internação, tendo sido encontradas em crianças que se encontravam hospitalizadas entre cinco (5) e doze (12) dias em ambas as Instituições, e, distribuídas indistintamente entre crianças de cinco (5) a doze (12) anos de idade. Putnam (1997), não apresenta em seus estudos fatores de predisponência à ocorrência deste item.

Nenhum dos itens analisados pelo questionário *Children Dissociative Experience Scale* – CDES encontrou ligação direta com o diagnóstico clínico das crianças entrevistadas, contrapondo-se ao dito por Angerami (2004), o qual assegura a conexão direta do “tipo de diagnóstico e prognóstico clínicos” à apresentação de implicações psicológicas em infantes.

O formulário parental *Children Dissociative Checklist* – CDC, no entanto, encontrou ligação direta com ambos: período de internação e severidade de diagnósticos clínicos, apresentando maior índice de respostas indicativas de dissociação quanto mais longos eram o período de internação e mais grave o diagnóstico infantil.

Quanto à compatibilidade na comparação de resultados dos questionários parental e infantil para a presença de Transtorno Dissociativo, enquanto 58% dos pais de crianças internalizadas em ambas as instituições tiveram respostas que apontaram para a presença do transtorno nos infantes, apenas 27% das crianças entrevistadas na FSCMPa e 13% das crianças entrevistadas no HUIBB apresentaram pontuação compatível para o resultado indicativo de transtorno, e, conforme o afirmado por Putnam (1997), crianças do sexo masculino foram avaliadas por suas mães/acompanhantes com uma pontuação entre um (1) e dois (2) pontos mais elevada do que a dada por mães/acompanhantes à crianças do sexo feminino.

Os resultados comprovaram o envolvimento familiar no processo de tratamento da doença de base dos infantes entrevistados em 100% dos casos. O acompanhamento do infante nos critérios de inclusão e exclusão foi relevante não somente ao preenchimento do questionário parental, CDC, mas também à comprovação da participação familiar durante o processo de hospitalização. Dentre as crianças participantes da pesquisa, 91% contavam com a presença de acompanhantes integrantes do círculo familiar em sistema de “revezamento”, ora sendo acompanhadas por suas mães, ora por pais, tios, avós e irmãos mais velhos. Os 9% restante, contavam com a presença materna de forma integral. Segundo Collet (2002), o fator é relevante uma vez que “a entrada no ambiente hospitalar somada ao afastamento familiar, provocam na

criança não somente os sofrimentos físico e psicológico, mas também a potencialização de um cenário estressor, o que tende a afetar suas respostas comportamentais e físicas”. Marcadores socioeconômicos e demográficos familiares não foram analisados neste trabalho.

O questionário CDC em seu primeiro item questiona acerca de processos traumáticos sofridos por infantes nos últimos 12 meses. A definição de tais processos foi esclarecida e exemplificada aos acompanhantes durante a aplicação do questionário, conforme estabelecido na metodologia deste trabalho. A significação de trauma foi dada pela American Psychiatric Association e dentre os principais possíveis fatores desencadeadores da sintomatologia dissociativa e traumática identificados nas crianças entrevistadas, pode-se listar os seguintes: repetidas internações hospitalares em curtos períodos de tempo, perda do contato com familiares e amigos devido ao(s) processo(s) de internação hospitalar, profundo incômodo por perda de autonomia sobre o próprio corpo devido à rotinas hospitalares, necessidade de mudança de cidade e interrupção do processo educacional escolar, separação/divórcio parental. Tais fatores são não somente listados pela American Psychiatric Association (DSM V, 2013), mas também por Collet (2002), Angerami (2004) e Shonkoff (2012) os quais asseguram que quadros ansiolíticos decorrentes do enfrentamento da patologia, do afastamento familiar, do sofrimento físico e psicológico por meio da interrupção do seu cotidiano, somados à presença de equipamentos estranhos, dolorosos e à incapacidade em manter controle sobre sua rotina e seu próprio corpo, exigem da criança uma agressiva resposta adaptativa, a qual é capaz de romper circuitos cerebrais, tornando-se precursores de prejuízos posteriores ao desenvolvimento e à instauração de doenças crônicas relacionadas ao estresse físico e mental.

7 Considerações finais

A realização deste estudo é indubitavelmente significativa. Enquanto um ciclo se encerra, traz consigo a expectativa de que outros se abram e de que a temática aqui abordada possa ser cada vez mais aprofundada. Este trabalho visou, sobretudo, a ampliação da importância de um olhar diferenciado para a prática da avaliação psicológica infantil, entendendo a proposta como mais uma possibilidade de imensa importância para profissionais, clientes e famílias.

Ao final deste estudo foi possível constatar que a avaliação psicológica inicial é indispensável no atendimento infantil, e que por exigir dos profissionais de saúde uma postura diferente, esse processo costuma se diferenciar da psicoterapia. Através da realização deste estudo, foi também possível compreender que a forma como os processos adotados em prática são nomeados, é carregada de sentidos, fazendo diferença não somente no olhar e a prática profissionais mas na forma como tais práticas são assimiladas e praticadas pelos clientes em uso e/ou acompanhamento as mesmas.

O resultado da pesquisa tornou mais claro o modo como os transtornos dissociativos afetam a população infantil, e a ideia da infância como um período puramente alegre e livre de sofrimentos foi, um pouco mais desmitificada. Saber também que mesmo traumas provenientes de causas não abusivas podem levar a psicopatologia dissociativa, a qual pode interferir no desenvolvimento da criança e do funcionamento geral de maneira profunda foi muito importante e trouxe um novo significado e mais entusiasmo para o desenvolvimento deste estudo.

Não pode-se deixar de observar que a realização deste estudo despertou para o fato de que muitas são as formas de se realizar uma avaliação psicológica, e muitos são os recursos utilizados os quais envolvem variadas técnicas que não somente testagem. A aproximação teórica de diversas formas de se realizar essa prática e a escolha e aplicação prática do método desenvolvido por Putnam (1997), foram importantes para entrar em contato com as diferenças, mas também com que existe em comum nesses diversos olhares, que tem a ver com a mesma base e espera-se que esmo diante de tantos estilos diferentes.

Verificou-se que a aplicação de testes com fins de diagnósticos psiquiátricos, muito embora seja carregada de pré-conceitos, tem inúmeras funções, podendo favorecer o cliente e inclusive contribuir para o diálogo com os cuidadores/responsáveis, escola e outros profissionais, desde que,

sejam utilizados de uma maneira coerente e que esteja como qualquer outra técnica em saúde, a serviço da relação com os clientes visando a melhora de seus prognósticos. Espera-se que a escolha do modelo aqui adotado possa ter contribuído para reflexão do tema e que este estudo possa gerar novas discussões, novos desdobramentos e principalmente, novas práticas. O que nos faz pensar no quanto a abordagem ainda pode produzir neste campo, talvez até construindo recursos ainda mais afinados com seus pressupostos.

Através das obras de Freud, Putnam e tantos outros teóricos aqui mencionados pôde-se notar que a dissociação, bem como síndromes traumáticas, podem ser fruto de diversos fatores, dentre os quais: luto mal superado, ou não superado; eventos estressores na família e escola, bem como os decorrentes de longos e/ou suscetíveis períodos de hospitalização e fatores associados à neurogenese e padrões mentis individuais.

Este luto pode ser resultado de uma perda definitiva ou de uma separação de um ente querido, ou pessoa com alta significância para a criança, episódio comum quando de um processo de hospitalização. Não esquecendo, no entanto, que este fator, como tantos outros, variam tanto de acordo com a idade do indivíduo quanto com a necessidade de elaboração psíquica mediante o processo de perda.

Dentre os eventos estressores, podem incluir-se conflitos familiares, desentendimentos com amigos, frustrações que possuem relativo significado para a criança. A família é parte fundamental para o desenvolvimento da criança. É com o apoio dela que a criança aprende a falar, a caminhar, a se relacionar e para a criança crescer com a ausência de alguém importante, ou até mesmo conviver em uma família desestruturada pode ser considerado traumático, o que pode propiciar a aparição de sintomas. Além de que, problemas escolares também se tornam mais comuns quando a criança tem algum sintoma dissociativo. Por exemplo, a irritabilidade pode provocar uma falta de concentração, de paciência e, conseqüentemente, o desejo de não permanecer em sala de aula. Mas, se a criança não acompanha o que lhe é ensinado, passa a ter uma diminuição no rendimento escolar. Logo, este declínio pode acarretar numa inibição, pois os outros parecerão “melhores” e “mais inteligentes” que a mesma, prejudicando também no seu relacionamento com as pessoas que a cercam e propiciando a cronificação de tal ciclo.

Após este estudo, conclui-se ainda que, a sociedade contemporânea também contribui para o desencadeamento de transtornos dissociativos e traumáticos na infância uma vez que,

vive-se atualmente em um mundo globalizado, em que várias tecnologias encontram-se em constante desenvolvimento, e onde as pessoas primam pelo imediatismo em detrimento de durabilidade, querendo tudo, e muitas vezes não tendo nada. Esta vasta gama de possibilidades, de novidades e cobranças baseadas em altas expectativas faz com que o indivíduo perceba-se em um grande vazio.

O presente estudo resgata ainda a ideia de que a atenção aos sintomas dissociativos não é menos importante na compreensão e tratamento de crianças no final menos complexo do espectro de transtornos relacionados ao trauma. Ao contrário, esta pesquisa reforça a relevância da avaliação infantil, examinando a eficácia de episódios de tratamento passados os quais podem fornecer e/ou confirmar um indício de que qualquer processo dissociativo pode também ter sido responsável e/ou desencadeado por falhas no tratamento, o que pode ser devastador dado que crianças e adolescentes que se dissociam podem ser propensos a uma vida inteira de sintomas debilitantes, enquanto crianças traumatizadas podem ser propensas a apresentar um quadro complicado que pode ser facilmente mal interpretado e incompreendido devido a uma infinidade de sintomas de mudança.

No que tange a avaliação psicológica em crianças hospitalizadas, é importante atentar à necessidade de cautela e sigilo tanto sobre o que foi verbalizado pela criança, quanto no cuidado com o material oriundo da avaliação e suas interpretações. É importante ressaltar também que o psicodiagnóstico pode reforçar “rótulos”, podendo causar constrangimentos à criança, salientando o diagnóstico e tornando a patologia ainda mais disfuncional. Por outro lado, salienta-se o fato de que o processo avaliativo pode auxiliar a encontrar subsídios para intervenções mais eficazes.

Indubitavelmente, o conhecimento de como um agravo à saúde varia entre segmentos populacionais tem muitas aplicações. Este estudo procurou expor a situação de saúde em população infantil internada em enfermarias pediátricas de Hospitais Universitários da Cidade de Belém, capital do Estado do Pará, a fim de fornecer subsídios para levantamento de hipóteses, que constituem o ponto de partida para outros estudos sobre o tema.

Considera-se o estudo de significativa complexidade, dadas as variáveis envolvidas, expressas no contexto de vulnerabilidade social e nas dificuldades da criança, salientando-se a primeira como a mais significativa e que, portanto, necessitaria de uma avaliação mais profunda a fim de que pudesse se obter maiores esclarecimentos e proficiência de um diagnóstico bem como

uma análise mais profunda acerca dos marcadores sociais em saúde presentes e talvez característicos desta área.

Destaca-se também a importância da Enfermagem ao investir na saúde mental e envolvimento familiar no processo de saúde-doença viabilizando meios geradores de fortalecimento social, familiar e de saúde.

Espera-se, por fim, que as informações obtidas contribuam para incentivar novas pesquisas relacionadas ao assunto, mas principalmente, que sirvam de reflexão para aqueles profissionais que trabalham e que convivem com crianças que apresentam sintomas dissociativos e pós traumáticos.

ANEXOS

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO CHILD DISSOCIATIVE CHECKLIST (CDC).
ORIGINAL EM INGLÊS.**

Child Dissociative Checklist (CDC), Version 3

Frank W. Putnam, MD

Date: _____ Age: _____ Sex: M F Identification: _____

Below is a list of behaviors that describe children. For each item that describes your child NOW or WITHIN THE PAST 12 MONTHS, please circle 2 if the item is VERY TRUE of your child. Circle 1 if the item is SOMEWHAT or SOMETIMES TRUE of your child. If the item is NOT TRUE of your child, circle 0.

- 0 1 2 1. Child does not remember or denies traumatic or painful experiences that are known to have occurred.
- 0 1 2 2. Child goes into a daze or trance-like state at times or often appears "spaced-out." Teachers may report that he or she "daydreams" frequently in school.
- 0 1 2 3. Child shows rapid changes in personality. He or she may go from being shy to being outgoing, from feminine to masculine, from timid to aggressive.
- 0 1 2 4. Child is unusually forgetful or confused about things that he or she should know, e.g. may forget the names of friends, teachers or other important people, loses possessions or gets easily lost.
- 0 1 2 5. Child has a very poor sense of time. He or she loses track of time, may think that it is morning when it is actually afternoon, gets confused about what day it is, or becomes confused about when something has happened.
- 0 1 2 6. Child shows marked day-to-day or even hour-to-hour variations in his or her skills, knowledge, food preferences, athletic abilities, e.g. changes in handwriting, memory for previously learned information such as multiplication tables, spelling, use of tools or artistic ability.
- 0 1 2 7. Child shows rapid regressions in age-level behavior, e.g. a twelve-year-old starts to use baby-talk, sucks thumb or draws like a four-year old.
- 0 1 2 8. Child has a difficult time learning from experience, e.g. explanations, normal discipline or punishment do not change his or her behavior.
- 0 1 2 9. Child continues to lie or deny misbehavior even when the evidence is obvious.
- 0 1 2 10. Child refers to himself or herself in the third person (e.g. as she or her)

when talking about self, or at times **insists** on being called by a different name. He or she may also claim that things that he or she did actually happened to another person.

- 0 1 2 11. Child has rapidly changing physical complaints such as headache or upset stomach. For example, he or she may complain of a headache one minute and seem to forget about it the next.
- 0 1 2 12. Child is unusually sexually precocious and may attempt age-inappropriate sexual behaviour with other children or adults.
- 0 1 2 13. Child suffers from unexplained injuries or may even deliberately injure self at times.
- 0 1 2 14. Child reports hearing voices that talk to him or her. The voices may be friendly or angry and may come from "imaginary companions" or sound like the voices of parents, friends or teachers.
- 0 1 2 15. Child has a vivid imaginary companion or companions. Child may insist that the imaginary companion(s) is responsible for things that he or she has done.
- 0 1 2 16. Child has intense outbursts of anger, often without apparent cause and may display unusual physical strength during these episodes.
- 0 1 2 17. Child sleepwalks frequently.
- 0 1 2 18. Child has unusual nighttime experiences, e.g. may report seeing "ghosts" or that things happen at night that he or she can't account for (e.g. broken toys, unexplained injuries).
- 0 1 2 19. Child frequently talks to him or herself, may use a different voice or argue with self at times.
- 0 1 2 20. Child has two or more distinct and separate personalities that take control over the child's behavior.

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO CHILD DISSOCIATIVE CHECKLIST (CDC).
 TRADUZIDO PARA PORTUGUÊS/BRASIL.**

Questionário sobre depressão Infantil

Child Dissociative Checklist (CDC), Version 3 - Traduzido
 Dr. Frank W. Putnam

Data: _____ Idade: _____ Sexo M F Identificação _____

Abaixo encontra-se uma lista com comportamentos que descrevem crianças. Para cada item que descreve sua criança AGORA ou DURANTE OS ULTIMOS 12 MESES. Por favor, circule 2 (dois) se o item é considerado EXTREMAMENTE VERDADEIRO. Circule 1 (um) se o item é DE ALGUMA FORMA VERDADEIRO ou ÀS VEZES VERDADEIRO sobre sua criança. Se o item é FALSO sobre a criança, circule 0 (zero).

- | | |
|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Criança não lembra ou nega experiência(s) traumática ou dolorosa que sabe-se ter acontecido. |
| 0 1 2 | 2. Criança parece atordoada ou em estado de choque e/ou por vezes parece estar “aérea”. Professores podem reportar que ela/ele parece estar “viajando” na escola. |
| 0 1 2 | 3. Criança demonstra rápida mudança de comportamento. Ela/ele podem ir de introvertido à extrovertido, feminino à masculino, de tímido à agressivo. |
| 0 1 2 | 4. Criança estranhamente esquece ou confunde coisas que ela deveria saber. ex: pode esquecer nomes de amigos, professores ou outras pessoas importantes; perde seus objetos pessoais ou se perde facilmente. |
| 0 1 2 | 5. Criança tem um senso de tempo muito limitado. Ela/ele perde a noção de tempo, pode pensar que é manhã quando na verdade é tarde/noite, fica confusa com relação aos dias da semana ou sobre quando certas coisas aconteceram. |
| 0 1 2 | 6. Criança demonstra mudanças diárias ou até mesmo horárias com relação à suas habilidades, conhecimentos, preferências alimentares, habilidades nos esportes, ex: muda a letra na escrita, esquece coisas que aprendeu anteriormente, como tabuada, soletração, habilidades artísticas. |
| 0 1 2 | 7. Criança demonstra regressão no seu comportamento relacionado à sua idade, ex: criança de doze (12) anos de idade passa a falar como bebê, chupar dedo ou desenha como uma criança de quatro (4) anos de idade. |
| 0 1 2 | 8. Criança demora a aprender por meio de suas experiências, ex: explicações, disciplina ou castigo não mudam suas atitudes. |
| 0 1 2 | 9. Criança continua a mentir ou negar mau comportamento mesmo quando evidências são óbvias. |
| 0 1 2 | 10. Criança se refere à ela na terceira pessoa quando falando sobre ela mesma, ex: ela/ele...ou insiste em ser chamada por outro nome. Ela/ele |

também podem afirmar que coisas feitas por ela/ele, na verdade aconteceram com outra pessoa.

- 0 1 2 11. Criança muda queixas como dores de cabeça ou estômago irritado, rapidamente, ex: ela/ele reclama de dores de cabeça em um minuto e no outro, parece já ter esquecido a reclamação.
- 0 1 2 12. Criança é estranhamente precoce sexualmente e pode apresentar comportamentos sexuais inapropriados com outras crianças ou adultos.
- 0 1 2 13. Criança apresenta machucados inexplicáveis e pode inclusive se machucar propositalmente.
- 0 1 2 14. Criança responde vozes que falam com ela/ele. As vozes podem ser amigáveis ou zangadas e podem vir de “amigos imaginários” ou sons das vozes de pais, amigos ou professores.
- 0 1 2 15. Criança tem vívida imaginária companhia ou companhias. Criança pode insistir que a sua companhia imaginária é responsável por coisas que ela/ele tenha feito.
- 0 1 2 16. Criança apresenta repentinos episódios de raiva, frequentemente sem causa aparente e pode apresentar força física incomum durante tais episódios.
- 0 1 2 17. Criança apresenta sonambulismo frequentemente.
- 0 1 2 18. Criança apresenta estranhas experiências noturnas, ex: relata ter visto “fantasmas” ou relata que aconteceram coisas à noite, das quais que ela/ele não podem ser culpados, ex: brinquedos quebrados, machucados inexplicáveis.
- 0 1 2 19. Criança fala sozinha frequentemente, pode usar uma voz diferente ou brigar com ela mesma às vezes.
- 0 1 2 20. Criança tem duas ou mais diferente e distintas personalidades que controlam seu comportamento.

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INFANTIS. ORIGINAL EM INGLÊS.

CHILDREN'S EXPERIENCES [BF], page 1

Bradley C. Stolbach, adapted from Bernstein & Putnam (1986)

Who are you like? Check the line that describes you best.

- | | | | | | | |
|-----|---|---|--|---|--|---|
| A. | Sally likes to eat ice cream a lot. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Sally. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Sally. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Jackie. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Jackie. | Jackie doesn't like to eat ice cream at all. |
| B. | Jenny never wishes she was a grown-up. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Jenny. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Jenny. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Mary. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Mary. | Mary often wishes she was a grown-up. |
| 1. | When Sheree gets to school, she sometimes doesn't remember getting there. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Sheree. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Sheree. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Judy. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Judy. | Judy, when she gets to school, remembers how she got there and what happened on the way. |
| 2. | Martha, when she wants to, listens to other people and hears most of what they say. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Martha. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Martha. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Denise. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Denise. | Denise sometimes realizes in the middle of trying to listen to other people that she did not hear what was just said. |
| 3. | Elaine doesn't get many stomachaches. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Elaine. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Elaine. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Michele. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Michele. | Michele gets lots of stomachaches. |
| 4. | Liz often feels like she is standing next to herself watching herself do things. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Liz. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Liz. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Carrie. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Carrie. | Carrie has never felt like she was standing next to herself watching herself do something. |
| 5. | Leslie feels guilty (like a bad girl) a lot. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Leslie. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Leslie. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Nicole. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Nicole. | Nicole doesn't feel guilty (like a bad girl) very much. |
| 6. | Jan doesn't think about things if she doesn't want to think about them. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Jan. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Jan. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Joyce. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Joyce. | Joyce thinks about some things even when she doesn't mean to think about them. |
| 7. | Carmen gets startled easily. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Carmen. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Carmen. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Gail. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Gail. | Gail doesn't get startled very easily. |
| 8. | Kathy usually feels like people, things, and everything around her are real. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Kathy. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Kathy. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Jean. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Jean. | Jean often feels like people, things, and everything around her are not real. |
| 9. | Danielle often wonders if things she remembers really happened or if she just dreamed them. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Danielle. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Danielle. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Anne. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Anne. | Anne usually knows if things she remembers really happened or if she just dreamed them. |
| 10. | Linda talks out loud to herself when she is alone. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Linda. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Linda. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Julie. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Julie. | Julie doesn't talk out loud to herself when she is alone. |
| 11. | Rochelle doesn't feel scared very much. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Rochelle. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Rochelle. | <input type="checkbox"/> I'm a little like Erica. | <input type="checkbox"/> I'm a lot like Erica. | Erica feels scared a lot. |

Name _____

Date _____

- | | | | | | | |
|-----|---|------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|--|
| 12. | Lisa often feels like she is looking at the world through a fog so that things look far away or fuzzy. | I'm a lot like Lisa. | I'm a little like Lisa. | I'm a little like Cindy. | I'm a lot like Cindy. | Cindy never feels like she is looking at the world through a fog so things look far away or fuzzy. |
| 13. | When Brenda is watching TV, she usually knows what is happening around her. | I'm a lot like Brenda. | I'm a little like Brenda. | I'm a little like Edie. | I'm a lot like Edie. | When Edie watches TV, she sometimes gets so involved that she doesn't know what is happening around her. |
| 14. | Maria doesn't jump when she hears loud noise. | I'm a lot like Maria. | I'm a little like Maria. | I'm a little like Rose. | I'm a lot like Rose. | Rose jumps when she hears loud noise. |
| 15. | Sometimes, Alice has no memory of important things that happened to her (like the first day of school or a birthday party). | I'm a lot like Alice. | I'm a little like Alice. | I'm a little like Ruth. | I'm a lot like Ruth. | Ruth remembers important things that happened to her (like the first day of school or a birthday party). |
| 16. | Renee always recognizes herself when she looks in the mirror. | I'm a lot like Renee. | I'm a little like Renee. | I'm a little like Janice. | I'm a lot like Janice. | Sometimes, when Janice looks in the mirror, she doesn't recognize herself. |
| 17. | Betty feels restless or jumpy a lot. | I'm a lot like Betty. | I'm a little like Betty. | I'm a little like Tammy. | I'm a lot like Tammy. | Tammy doesn't feel restless or jumpy very much. |
| 18. | Sheryl loses her temper a lot. | I'm a lot like Sheryl. | I'm a little like Sheryl. | I'm a little like Robin. | I'm a lot like Robin. | Robin doesn't lose her temper very much. |
| 19. | Tina usually knows if she did something or just thought about doing it. | I'm a lot like Tina. | I'm a little like Tina. | I'm a little like Catherine. | I'm a lot like Catherine. | Catherine often wonders if she did things or just thought about doing them. |
| 20. | Liza always loves to do her homework. | I'm a lot like Liza. | I'm a little like Liza. | I'm a little like Stacy. | I'm a lot like Stacy. | Sometimes, Stacy doesn't feel like doing her homework. |
| 21. | Paula sometimes sits staring off into space, thinking of nothing. | I'm a lot like Paula. | I'm a little like Paula. | I'm a little like Barb. | I'm a lot like Barb. | Barb never sits staring off into space thinking of nothing. |
| 22. | Laura makes up her own games and plays them over and over. | I'm a lot like Laura. | I'm a little like Laura. | I'm a little like Felicia. | I'm a lot like Felicia. | Felicia prefers to play games that most other children play. |
| 23. | When Sheila has a daydream, she knows that the things in her daydream are not really happening. | I'm a lot like Sheila. | I'm a little like Sheila. | I'm a little like Patti. | I'm a lot like Patti. | Patti gets so involved in her daydreams that she sometimes feels like they are really happening. |

Name _____

Date _____

CHILDREN'S EXPERIENCES [BF], page 3

Bradley C. Stolbach, adapted from Bernstein & Putnam (1986)

- | | | | | | | |
|-----|--|-------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------|--|
| 24. | Angela feels dizzy a lot. | I'm a lot like Angela. | I'm a little like Angela. | I'm a little like Eileen. | I'm a lot like Eileen. | Eileen doesn't feel dizzy very often. |
| 25. | Sandy often feels like she is dreaming when she is awake. | I'm a lot like Sandy. | I'm a little like Sandy. | I'm a little like Teresa. | I'm a lot like Teresa. | Teresa doesn't feel like she's dreaming when she is awake. |
| 26. | Vicky doesn't have very many scary dreams or nightmares. | I'm a lot like Vicky. | I'm a little like Vicky. | I'm a little like Nancy. | I'm a lot like Nancy. | Nancy has lots of scary dreams or nightmares. |
| 27. | Debbie doesn't always feel like she is in her body; sometimes she feels like she is floating away from it. | I'm a lot like Debbie. | I'm a little like Debbie. | I'm a little like Karen. | I'm a lot like Karen. | Karen usually feels like she is in her body. |
| 28. | Once in awhile, Shirley tells a fib. | I'm a lot like Shirley. | I'm a little like Shirley. | I'm a little like Gail. | I'm a lot like Gail. | Gail has never told a fib. |
| 29. | Trina has a lot of feelings (like happy, sad, angry, excited). | I'm a lot like Trina. | I'm a little like Trina. | I'm a little like Sherry. | I'm a lot like Sherry. | Sherry doesn't have any feelings (like happy, sad, angry, excited). |
| 30. | Heidi has trouble falling asleep because pictures or thoughts keep popping into her head. | I'm a lot like Heidi. | I'm a little like Heidi. | I'm a little like Diane. | I'm a lot like Diane. | Diane has no trouble falling asleep when she is tired. |
| 31. | Laurie sometimes feels like her body is doing things she doesn't want it to do. | I'm a lot like Laurie. | I'm a little like Laurie. | I'm a little like Helen. | I'm a lot like Helen. | Helen's body doesn't do things she doesn't want it to do. |
| 32. | Maura has no trouble concentrating on things when she wants to. | I'm a lot like Maura. | I'm a little like Maura. | I'm a little like Yvonne. | I'm a lot like Yvonne. | Yvonne has a hard time concentrating on things even when she wants to. |
| 33. | Beth can remember things easily. | I'm a lot like Beth. | I'm a little like Beth. | I'm a little like Keisha. | I'm a lot like Keisha. | Keisha has a hard time remembering things. |
| 34. | Rachel has a hard time paying attention in class even when she wants to. | I'm a lot like Rachel. | I'm a little like Rachel. | I'm a little like Kim. | I'm a lot like Kim. | Kim has no trouble paying attention in class when she wants to. |
| 35. | Pam rarely feels grouchy for no reason. | I'm a lot like Pam. | I'm a little like Pam. | I'm a little like Carol. | I'm a lot like Carol. | Carol often feels grouchy for no reason. |
| 36. | Dolores feels happy all the time. | I'm a lot like Dolores. | I'm a little like Dolores. | I'm a little like Shelly. | I'm a lot like Shelly. | Sometimes, Shelly feels a little unhappy. |
| 37. | Valerie gets headaches a lot. | I'm a lot like Valerie. | I'm a little like Valerie. | I'm a little like Jane. | I'm a lot like Jane. | Jane doesn't get very many headaches. |

Name _____

Date _____

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INFANTIS. TRADUZIDO PARA PORTUGUÊS/BRASIL.

Experiências Infantis

Com quem você se parece? Marque a opção que melhor lhe descreve.

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---|
| A | Sally gosta muito de tomar sorvete | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Sally | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Sally | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Jackie | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Jackie | Jackie não gosta se sorvete nenhum pouco |
| B | Jenny não quer crescer nunca | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Jenny | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Jenny | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Maria | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Maria | Maria frequentemente deseja ser crescida |
| 1 | Quando Shana chega na escolar, ela às vezes não lembra como chegou lá | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Shana | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Shana | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Claudia | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Claudia | Quando Claudia chega na escola, ela lembra como chegou lá e o que aconteceu no caminho |
| 2 | Martha, quando ela quer, ouve outras pessoas e a maioria das coisas que elas dizem | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Martha | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Martha | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Denise | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Denise | Denise até tenta ouvir o que os outros dizem mas então ela se dá conta de que não ouviu nem o que acabaram de dizer |
| 3 | Elaine, não tem muita dor de estômago. | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Elaine | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Elaine | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Michele | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Michele | Michele sente muita dor de cabeça |
| 4 | Liz frequentemente sente que ela está ao lado dela mesma vendo as coisas serem feita por ela | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Liz | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Liz | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Carrie | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Carrie | Carrie nunca sentiu como se ela estivesse ao lado dela mesma vendo as coisas serem feitas |
| 5 | Leslie se sente culpada (como uma menina má) muito frequentemente | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Leslie | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Leslie | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Clarice | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Clarice | Clarice não se sente culpada (como uma menina má) muito frequentemente |
| 6 | Jane não quer pensar em coisas que ela não gosta de pensar. | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Jan | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Jan | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Joyce | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Joyce | Joyce pensa em certas coisas mesmo quando ela não queria pensar |
| 7 | Carmen se assusta facilmente | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Carmen | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Carmen | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Abigail | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Abigail | Abigail não se assusta facilmente |
| 8 | Kathy sente que pessoas, coisas e animais ao redor dela são de verdade | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Kathy | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Kathy | <input type="checkbox"/>
Eu me pareço um pouco com Jean | <input type="checkbox"/>
Eu sou muito parecida com Jean | Jean frequentemente sente que pessoas, coisas e animais ao redor dela não são de verdade |
| 9 | Danielle frequentemente se pergunta se as coisas que | <input type="checkbox"/>
Eu sou | <input type="checkbox"/>
Eu me | <input type="checkbox"/>
Eu me | <input type="checkbox"/>
Eu sou | Anne normalmente sabe se coisas que ela lembra foram |

Name:

Date:

	ela lembra realmente aconteceram ou foram imaginação	muito parecida com Danielle	pareço um pouco com Danielle	pareço um pouco com Anne	muito parecida com Anne	sonho ou realidade
10	Linda fala alto com ela mesma quando ela está só	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Linda	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Linda	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Julie	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Julie	Julie não fala alto com ela mesma quando está sozinha
11	Rita não se assusta muito com nada	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Rita	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Rita	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Erica	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Erica	Erica se assusta muito
12	Liz frequentemente sente como se ela estivesse olhando através de uma Cortina e por isso as coisas parecem estar distantes ou embaçadas	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Liz	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Liz	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Cindy	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Cindy	Cindy nunca sente como se ela estivesse olhando através de uma Cortina e por isso as coisas parecem estar distantes ou embaçadas
13	Quando Brenda está assistindo TV ela normalmente sabe o que está acontecendo ao redor.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Brenda	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Brenda	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Luci	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Luci	Quando Luci assiste TV ela fica tão entretida que não sabe o que está acontecendo ao redor.
14	Maria não pula quando ela ouve barulhos altos.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Maria	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Maria	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Rose	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Rose	Rose pula quando ela ouve barulhos altos
15	Às vezes, Alice não lembra muito bem de coisas importantes que aconteceram com ela (como o primeiro dia de aula ou seu aniversário).	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Alice	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Alice	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Rute	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Rute	Rute lembra bem de coisas importantes que aconteceram com ela (como o primeiro dia de aula ou seu aniversário).
16	Melina sempre se reconhece quando se olha no espelho.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Melina	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Melina	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Chrisi	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Chrisi	Às vezes, quando Chris se olha no espelho, e não se reconhece
17	Betty se sente cansada ou pula muito	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Betty	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Betty	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Tammy	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Tammy	Tammy não se sente cansada nem pula muito
18	Shery se irrita muito facilmente	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Shery	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Shery	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Robin	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Robin	Robin não se irrita facilmente
19	Tina normalmente sabe se ela fez alguma coisa ou se só pensou em fazer algo.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um	<input type="checkbox"/> Eu sou muito	Catherine normalmente não sabe se ela fez alguma coisa ou se só pensou em fazer

Name:

Date:

		parecida com Tina	pouco com Tina	pouco com Catherine	parecida com Catherine	algo
20	Sarah sempre ama fazer seu dever de casa	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Sarah	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Sarah	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Stacy	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Stacy	Às vezes Stacy faz seu dever de casa
21	Paula às vezes fica olhando pro vazio sem pensar em nada.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Paula	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Paula	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Barb	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Barb	Barb nunca fica olhando pro vazio sem pensar em nada
22	Laura cria jogos e brinca com eles muito frequentemente.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Laura	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Laura	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Felicia	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Felicia	Felicia prefere brincar com jogos conhecidos
23	Quando Sheila sonha acordada, ela sabe que aquelas coisas não estão acontecendo de verdade.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Sheila	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Sheila	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Patti	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Patti	Patti fica tão envolvida na sua imaginação que às vezes ela pensa que é real.
24	Sandy se sente enjoada frequentemente	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Sandy	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Sandy	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Eileen	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Eileen	Eileen não se sente enjoada com frequência
25	Angela normalmente sente como se ela estivesse sonhando quando ela está acordada	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Angela	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Angela	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Teresa	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Teresa	Teresa não se fica sonhando quando ela está acordada.
26	Vicky não tem muitos pesadelos	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Vicky	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Vicky	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Nancy	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Nancy	Nancy tem muitos pesadelos.
27	Debbie sente como se ela flutuasse for a do corpo dela, às vezes.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Debbie	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Debbie	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Karen	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Karen	Karen normalmente sente como se ela estivesse no seu corpo.
28	De vez em quando Tatiana conta uma lorota	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Tatjana	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Tatjana	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Gail	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Gail	Gail nunca contou uma lorota
29	Trina tem um monte de sentimentos (alegria, tristeza, raiva)	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida	Sherry não tem nenhum sentimento (alegria, tristeza, raiva)

Name:

Date:

		com Trina	Trina	Sherry	com Sherry	
30	Helga tem problemas para dormir porque várias imagens e pensamentos vêm à mente dela	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Heidi	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Heidi	<input type="checkbox"/> Eu Eu me pareço um pouco com Diane	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Diane	Diane não tem problema para dormir quando ela está cansada
31	Laurie às vezes sente como se o corpo dela fizesse coisas que ela não gostaria.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Laurie	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Laurie	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Helen	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Helen	O corpo da Helen não faz nada que ela não queira .
32	Maura não tem problemas para se concentrar quando ela quer.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Maura	<input type="checkbox"/> Eu Eu me pareço um pouco com Maura	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Yvonne	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Yvonne	Yvonne tem problemas de concentração mesmo quando ela quer se concentrar
33	Beth consegue lembrar de coisas facilmente	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Beth	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Beth	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Keisha	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Keisha	Keisha tem dificuldades para lembrar de coisas.
34	Rachel tem problemas para prestar atenção na aula mesmo quando ela quer	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Rachel	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Rachel	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Kim	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Kim	Kim não tem dificuldades para prestar atenção na aula.
35	Pam fica aborrecida com frequência.	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Pam	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Pam	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Carol	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Carol	Carol normalmente se aborrece sem razão.
36	Dolores se sente feliz o tempo todo	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Dolores	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Dolores	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Shelly	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Shelly	Às vezes Shelly se sente triste
37	Valerie sente muita dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Valerie	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Valerie	<input type="checkbox"/> Eu me pareço um pouco com Jane	<input type="checkbox"/> Eu sou muito parecida com Jane	Jane ão sente muita dor de cabeça

ANEXO E – PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INFANTIS. ORIGINAL EM INGLÊS

SCORING THE CHILDREN'S DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE AND POSTTRAUMATIC SYMPTOM INVENTORY
Bradley C. Stolbach, adapted from Bernstein & Putnam (1986)

A.		Sample Item						
B.		Sample Item						
1.	CDES 1	don't remember getting to school	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	remember getting to school	
2.	CDES 2	hear what people say	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	don't hear what people say	
3.	CPTSI 1	few stomachaches	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	frequent stomachaches	
4.	CDES 3	standing next to self	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	not outside self	
5.	CPTSI 2	guilty	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	not guilty	
6.	CPTSI 3	few intrusive thoughts	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	frequent intrusive thoughts	
7.	CPTSI 4	startle	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	no startle	
8.	CDES 4	things are real	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	things aren't real	
9.	CDES 5	wonder if dreamed or happened	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	know if dreamed or happened	
10.	CDES 6	talks to self	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	doesn't talk to self	
11.	CPTSI 5	rarely scared	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	often scared	
12.	CDES 7	looking through fog	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	not looking through fog	
13.	CDES 8	aware when watching TV	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	unaware when watching TV	
14.	CPTSI 6	don't jump at noise	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	jump at noise	
15.	CDES 9	trouble remembering events	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	can remember events	
16.	CDES 10	recognize self in mirror	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	don't recognize self in mirror	
17.	CPTSI 7	often restless or jumpy	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	rarely restless or jumpy	
18.	CPTSI 8	often losing temper	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	rarely losing temper	
19.	CDES 11	know if did or thought about	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	wonder if did or thought about	
20.	Fake 1	love homework	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	sometimes don't like homework	
21.	CDES 12	often staring into space	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	rarely staring into space	
22.	CPTSI 9	posttraumatic play	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	"normal" play	
23.	CDES 13	know daydreams aren't real	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	think daydreams are real	
24.	CDES 14	often dizzy	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	rarely dizzy	
25.	CDES 15	dreaming when awake	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	no dreaming when awake	
26.	CPTSI 10	few nightmares	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	frequent nightmares	
27.	CDES 16	not in body	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	in body	
28.	Fake 2	fibbing	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	never fibbed	
29.	CDES 17	feelings	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	no feelings	
30.	CPTSI 11	bedtime intrusive images	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	easy bedtime	
31.	CDES 18	trouble controlling body	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	can control body	

ANEXO E – PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INFANTIS. ORIGINAL EM INGLÊS (CONTINUAÇÃO)

SCORING THE CDES/PTSI, p.2

Bradley C. Stolbach, adapted from Bernstein & Putnam (1986)

32.	CDES 19	can concentrate	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	trouble concentrating
33.	CDES 20	can remember things	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	trouble remembering things
34.	CDES 21	trouble paying attention	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	can pay attention
35.	CPTSI 12	rarely grouchy	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	often grouchy
36.	Fake 3	always happy	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	sometimes unhappy
37.	CPTSI 13	frequent headaches	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	few headaches

For Dissociative Experiences Score, sum items 1,2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 33, 34.

For Posttraumatic Symptom Score, sum items 3, 5, 6, 7, 11, 14, 17, 18, 22, 26, 30, 35, 37.

For Fake Scale, sum items 20, 28, 36.

**ANEXO F – PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INFANTIS.
TRADUZIDO EM PORTUGUÊS/BRASIL.**

PONTUANDO A ESCALA DE EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS INFANTIS E
INVENTÁRIO DE SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS
Bradley C. Stolbach, adaptado de Bernstein & Putnam (1986)

A.	B.	Item Teste						
	1.	T.D.	não se lembra de ter feito o trajeto para a escola	3	2	1	0	lembra de ter feito o trajeto para a escola
	2.	T.D.	ouve o que as pessoas dizem	0	1	2	3	não ouve o que as pessoas dizem
	3.	S.P.T.	sente dores no estômago	0	1	2	3	não sente dores no estômago
	4.	T.D.	se sente fora de seu corpo	3	2	1	0	não se sente fora de seu corpo
	5.	S.P.T.	culpado	3	2	1	0	inocente
	6.	S.P.T.	alguns pensamentos intrusivos	0	1	2	3	pensamentos intrusivos frequentes
	7.	S.P.T.	se assusta	3	2	1	0	sem sobressalto
	8.	T.D.	coisas são reais	0	1	2	3	coisas não são reais
	9.	T.D.	imagina se sonhava ou aconteceu	3	2	1	0	sabe se sonhava ou aconteceu
	10.	T.D.	fala sozinho	3	2	1	0	não fala sozinho
	11.	S.P.T.	raramente medo	0	1	2	3	às vezes têm medo
	12.	T.D.	olha como através da névoa	3	2	1	0	não olha como através da névoa
	13.	T.D.	ciente quando assistindo TV	0	1	2	3	inconscientes ao assistir TV
	14.	S.P.T.	pula quando ouve barulhos	0	1	2	3	não pula quando ouve barulhos
	15.	T.D.	dificuldade em lembrar eventos	3	2	1	0	pode se lembrar de eventos
	16.	T.D.	se reconhece no espelho	0	1	2	3	não se reconhece no espelho
	17.	S.P.T.	por vezes agitado ou nervoso	3	2	1	0	raramente agitado ou nervoso
	18.	S.P.T.	às vezes perder a paciência	3	2	1	0	raramente perde a paciência
	19.	T.D.	sabe se fez ou pensou	0	1	2	3	imagina se fez ou pensou
	20.	F.E.T.	ama dever de casa	3	2	1	0	às vezes não gosta de dever de casa
	21.	T.D.	por vezes olhando para o espaço	3	2	1	0	raramente olhando para o espaço
	22.	S.P.T.	jogo pós-traumático	3	2	1	0	jogo "normal"
	23.	T.D.	sabe que devaneios não são reais	0	1	2	3	imagina se devaneios não são reais
	24.	T.D.	às vezes tonto	3	2	1	0	raramente tonturas
	25.	T.D.	sonha quando acordado	3	2	1	0	sem sonho quando acordado
	26.	S.P.T.	alguns pesadelos	0	1	2	3	pesadelos frequentes

**ANEXO F – PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INFANTIS.
TRADUZIDO EM PORTUGUÊS/BRASIL (CONTINUAÇÃO).**

27.	T.D.	se sente fora do corpo	3	2	1	0	se sente no corpo
28.	F.E.T.	lorota	0	1	2	3	nunca menti
29.	T.D.	sentimentos	0	1	2	3	sem sentimentos
30.	S.P.T.	imagens intrusivas ao deitar	3	2	1	0	deita e dorme fácil
31.	T.D.	dificuldade para controlar corpo	3	2	1	0	pode controlar corpo
32.	T.D.	pode concentrar-se	0	1	2	3	dificuldade de concentração
33.	T.D.	pode lembrar de coisas	0	1	2	3	dificuldade em lembrar de coisas
34.	T.D.	problemas para prestar atenção	3	2	1	0	pode prestar atenção
35.	S.P.T.	raramente ranzinza	0	1	2	3	às vezes rabugento
36.	F.E.T.	sempre feliz	3	2	1	0	às vezes infeliz
37.	S.P.T.	dores de cabeça frequentes	3	2	1	0	algumas dores de cabeça

Para Transtornos dissociativos somar pontuação dos itens 1,2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 33, 34.

Para pontuação de sintomas pós-traumáticos, somar itens 3, 5, 6, 7, 11, 14, 17, 18, 22, 26, 30, 35, 37.

Para Falsa escala de trauma, somar itens 20, 28, 36.

ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES PÓSTRAUMÁTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADOS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM”

Seu filho/a está sendo convidado/a participar deste projeto, por estar internado há mais de 5 dias na pediatria do hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará/ Hospital Universitário João de Barros Barreto. Queremos com isso verificar e analisar o aparecimento, após cinco dias de internação, de sintomas pós traumáticos, como o estresse e a depressão por exemplo, estudar os fatores que levam crianças e adolescentes a apresentarem tais sintomas e identificar a gravidade dos mesmos.

A participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas a respeito da internação, sobre os sentimentos, comportamentos, sensações, emoções, angustias e medos, relacionados à hospitalização e ao período do últimos 12 meses anteriores à internação hospitalar.

A participação nesta pesquisa não trará riscos físicos, poderá trazer potenciais desconfortos decorrentes da participação, que serão amenizados através da confidencialidade e o sigilo sobre a participação e sobre os nomes da criança e acompanhante. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação, pois será utilizado um banco de dados onde constará apenas o número sequencial do questionário que foi respondido, a participação nessa pesquisa não é obrigatória e a recusa não trará nenhum prejuízo ao atendimento, à relação com o hospital e/ou com os funcionários e tampouco com a Universidade Federal do Pará, podendo a qualquer momento, abandonar a pesquisa sem prejuízo para a criança, o adolescente ou para sua família.

Os benefícios relacionados com a participação na pesquisa, poderão ser de ordem intelectual, social e/ou cultural, quanto ao assunto “hospitalização infantil e a depressão”, visto que a criança, o adolescente e a família, poderão se interessar pelo tema, aprofundar-se no assunto, e até mesmo quebrar alguns tabus, preconceito e discriminação, quanto a hospitalização.

Não existem ônus e bônus econômico-financeiro adicional à você e a sua família.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, a Dr^a. Edficher Margotti (pesquisadora responsável) poderá ser contatada pelo telefone (91) 99199-2440 / (91) 32301-8565, ou encontrada no endereço Travessa do Chaco, 729, Edifício Rio Tejo, apto 803, Pedreira, Belém, Pará, CEP 66.083-180, você poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPa), Complexo de Sala de Aula/ICS, Sala 14, Campus Universitário, nº 01, Guamá, CEP: 66075-110, Belém, Pará. Tel: 3201-7735, E-mail: cepccs@ufpa.br, para esclarecer qualquer pergunta sobre os seus direitos neste projeto.

Declaro que recebi uma cópia deste termo, onde constam os objetivos do projeto, que contará com a participação do meu filho/a, os riscos, os benefícios, o sigilo das informações, os telefones e o endereço do pesquisador e da Comissão de Ética em Pesquisa, podendo tirar minhas dúvidas sobre o projeto, sobre a participação de meu filho/a, agora ou a qualquer momento que eu desejar.

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e benefícios da participação de meu filho/a na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador

Belém, ____/____/2016.

ANEXO H – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS. PLATAFORMA BRASIL.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES PÓS TRAUMÁTICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADOS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 40			
3. Área Temática: Pediatria			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Edficher Margotti			
6. CPF: 016.780.649-12	7. Endereço (Rua, n.º): Travessa Chaco nº 729 , Pedreira, Edifício Rio Tejo, apto 803, Belém, Pará, CEP 66085080		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (91)991992440	10. Outro Telefone:	11. Email: edficher@ufpa.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>06 / 06 / 2016</u>		<p style="text-align: right;">Prof. Dr. Edficher Margotti. Pediatria-SIAPE 2136754 COREN: 89362-PA <i>Edficher Margotti</i> Assinatura</p>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal do Pará - UFPA	13. CNPJ: 34.621.748/0001-23	14. Unidade/Órgão: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA	
15. Telefone: (91) 32018563	16. Outro Telefone: <u>(91) 3201.8564 - (91) 991162513</u>		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Roseneide dos Santos Tavares</u>	CPF: <u>154.900.842-00</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora da Faculdade de Enfermagem</u>	<p style="text-align: right;"><i>Roseneide dos Santos Tavares</i> Assinatura</p>		
Data: <u>09 / 06 / 2016</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Prof. Dr. Roseneide dos Santos Tavares
 Diretora da Faculdade
 de Enfermagem - ICS/UFPA
 Matrícula nº 123992015

ANEXO I – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO ICS/UFPA.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Belém, 05 de Junho de 2016.

À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do ICS-UFPA

Senhor Coordenador,

Encaminho uma cópia do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES PÓSTRAUMÁTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE BELÉM".

Declaro que este projeto de pesquisa será realizado pela Professora Dr^a Edficher Margotti, docente do Curso de Enfermagem na disciplina de Semi Internato em Pediatria do 6º período.

No aguardo de manifestações, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Edficher Margotti.
Pediatria-SIAPE 2136754
COREN: 89362-PA

Assinatura do pesquisador responsável

Nome: Edficher Margotti

E-mail: edficher@ufpa.br

Telefone: 091- 99199-2440

ANEXO J- TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, Professora Edficher Margotti do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, aceito orientar o trabalho intitulado:

“AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES PÓSTRAUMÁTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM”, de autoria da aluna Itla Prazeres.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho.

Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 05 de Junho de 2016.

Profª Drª Edficher Margotti
Pediatría-SIAPE 2136754
COREN: 89362-PA

Edficher Margotti

Assinatura

ANEXO K – TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES
PÓSTRAUMÁTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADAS EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM.

PESQUISADOR: Prof^a Dr^a Edficher Margotti

O pesquisador do projeto acima identificado assume os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Prof^a Dr^a Edficher Margotti
Pediatría-SIAPE 2136754
COREN: 89362-PA

Edficher Margotti
Assinatura

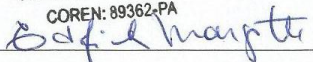
Belém, 05 de Junho de 2016.

ANEXO L – DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO À UFPA.**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO À UFPA**

Declaro para os devidos fins que a realização da pesquisa "AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E COGNIÇÕES PÓSTRAUMÁTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS EM BELÉM", que tem como pesquisadora a profª Drª Edficher Margotti, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, não acarretará ônus financeiro à referida Universidade, uma vez que o projeto servirá para o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, da aluna Itla Prazeres.

Belém, 05 de Junho de 2016.

Profª Drª Edficher Margotti
Pediatría-SIAPE 2136754
COREN: 89362-PA



Pesquisadora Responsável

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ABUCHAIM, C.M., ABUCHAIM, A.L.G. e cols. Transtornos Psiquiátricos na Infância. Disponível em: <<http://abcdocorporosalutar.com.br/artigo>> Acesso em 27 de jun de 2016.
- American Psychiatric Association – APA. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ANGERAMI, V. A. *Tendência em Psicologia hospitalar*. São Paulo: Thompson Learning, 2004.
- _____, (Org.). *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2001.
- _____, et al. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.
- AUGRAS, M. *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366, 2002.
- BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 25-34, 2003.
- CAMPOS, T. C. P. *Psicologia Hospitalar: A Atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.
- CASTIEL D.L.; DIAZ C.A.D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G. *Manual de enfermagem em pediatria*. Goiânia: AB, 2002.
- Conselho Federal de Psicologia do Rio de Janeiro. Avaliação psicológica: O que realmente cabe à Psicologia Avaliar? *Jornal do Conselho Federal de Psicologia do Rio de Janeiro*. Ano 8. N. 35. 1, 2013.
- CUNHA, J.A. *Psicodiagnóstico V*. [SI]: Artmed, 2008.
- DE CONTI, L. *O brinquedo em casa e na escola: a bi-direcionalidade da transmissão cultural*. PortoAlegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grandedo Sul, 1996.

- DRUGG, A, et al. *A Depressão na infância. Escritos da clínica*. Ijuí: Editora Unijuí, 2010.
- EISENSTEIN, E. Adolescência definições, conceitos e critérios. *Adolesc. Saúde*. 2005;2(2):6-7 & IBGE Censo, 2013.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Geral, 1998.
- FU-I, L. et al. *Transtorno bipolar na infância e adolescência*. São Paulo: Ed. Segmento Farma, 2008.
- KAPCZINSKI, F. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- LIEBERMAN A.F.; VAN HORN, P. *Assessment and treatment of young children exposed to traumatic events*. In: OSOFSKY, J.D. *Young Children and Trauma: Intervention and Treatment*. New York, NY: The Guilford Press; 2004:111-138.
- LIOTTI, G. *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative pathology*. New York: Guilford Press, 1999.
- LOPEZ, M. A. *Hospitalização*. Trad. Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: McGraw-Hill, 1998.
- Michaelis dicionário da língua portuguesa*. 5. ed., VOLP, 2009.
- MITRE, R.M.A.; GOMES, R.A. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência Saúde Coletiva* 9 (1): 147-54, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>> Acesso em 09 de set de 2011.
- NIGRO, M. *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- OAKLANDER, V. *Descobrendo crianças: A abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus, 1980.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. *Violence and health*. Geneva. Suíça: World Health Statistics Quarterly do World Health Organization, 2002.
- OTHMER, E.; OTHMER, S.C. *The clinical interview using DSM-IV-TR*. Vol. 2. The Difficult Patient. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002. p.119-55.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- PHILLIPS, K.A. *Somatoform and factitious disorder* (Review of Psychiatry Series, Volume 20, Number 3; Oldham JM and Riba MB, series editors). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001.
- PIMENTEL, A. *Psicodiagnóstico em gestalt terapia*. São Paulo: Sumus, 2003.

POELMAN, A.M.S.S.. *Retomando o conceito de psicodiagnóstico: Uma proposta de definição partir da relação psicólogo-cliente*. Instituto Humanista, 2012. Disponível em <<http://www.institutohumanista.com.br/artigoanamarca.pdf>> Acesso em 24 jul de 2016.

POLSTER, E.; POLSTER, M.. *Gestalt-Terapia Integrada*. São Paulo: Summus, 2001.

PUTNAM, F.W. *Dissociation in Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press, 1997.

_____, *Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems*. *Child Abuse Negl*. New York, NY: The Guilford Press, 17(1):39-45, 1993.

REIS, R. L. R.; FIGUEIRA, I. L. V. *Transtorno depressivo na clínica pediátrica*. [SI]: Revista Pediatria Moderna, 37, 212-222, 2001.

RIBEIRO, J.P. *Gestalt-Terapia- Refazendo um caminho*. [SI]: Editora Summus, 2012.

SABATES, A.L. *Preparo da criança para procedimentos dolorosos: intervenção de Enfermagem com brinquedo. O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica*. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

SOUSA, E.S. et al. A importância do psicólogo no tratamento de crianças Hospitalizadas. Disponível em <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/504.%20a%20imp%20ort%C2ncia%20do%20psic%D3logo%20no%20tratamento%20de%20crian%C7as%20hospitalizadas.pdf> Acesso em 10 de jul de 2016.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. *Research methods in physical activity*. 3ed. Champaign: Human Kinectis, 1996.

WATERS, F. When treatment fails with traumatized children...Why? *Journal of Trauma and Dissociation*. [SI]: 6, (1), 9-29, 2007.

WONG, D.L.; WHALEY & WONG. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais a intervenção efetiva*. Trad: Claudia Lucia Caetano de Araujo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

YEHUDA, N. *The language of dissociation*. *Journal of Trauma and Dissociation*. [SI]: 6, (1), 9-29, 2005.

ZIONI G. F.; ADORNO, R.C.F. *Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde: revisão histórica do conceito de criança*. São Paulo: Rev. Saúde Pública, v.24, n.3, p. 204-211,1990.